



Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**Diversidade Cultural e Trabalho de Parto: Fatores Facilitadores
da Mobilidade da Pélvis**

Marília da Graça Ventura Noro

LISBOA

2019





Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**Diversidade Cultural e Trabalho de Parto: Fatores Facilitadores
da Mobilidade da Pélvis**

Orientador:

Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

LISBOA

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram na elaboração deste trabalho.

Agradeço especialmente:

À Professora Madalena Oliveira pela disponibilidade, acompanhamento e motivação, e por vezes, acreditar mais que eu própria;

À Enfermeira orientadora, pela sua disponibilidade e partilha de conhecimentos;

Aos colegas e amigos que me incentivaram e proibiram de desistir, assim como me “arrancaram” da estagnação para mais uma “corridinha”;

A cinco pessoas que entraram ou reentraram na minha vida com o início deste longo caminho, que permaneceram e me têm amparado...sempre;

À minha família...pelas ausências;

Aos meus pais...que não prescindi nunca da sua companhia!

LISTA DE SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CPP – Curso Preparação Parebitalidade

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – cardiotocografia fetal

EC – ensino clínico

EE ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EE ESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

ICM - International Confederation of Midwives

JBH - Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – países africanos de língua oficial portuguesa

PBE – prática baseada na evidência

REBA – rotura espontânea de bolsa de água

RN – recém-nascido

SR – Scoping Review

TP – Trabalho de Parto

UCSP – unidade de cuidados de saúde personalizados

RESUMO

O presente relatório pretende descrever e analisar as competências desenvolvidas ao longo do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, com especial enfoque no Ensino Clínico “Estágio com Relatório” (o último do curso), indo ao encontro do perfil de competências previsto para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (O.E, 2019). Durante este Ensino Clínico, prestei cuidados de enfermagem especializados, de forma a empoderar a mulher/casal grávido a vivenciarem o momento do parto, tal como o idealizaram e de acordo com as suas crenças, valores e cultura.

As atividades realizadas decorreram no período de 5 de março a 27 de julho de 2018, num hospital distrital da região de Lisboa.

Atualmente os enfermeiros são cada vez mais confrontados com uma grande diversidade cultural em situações de transição do ciclo de vida familiar, como é o caso da gravidez, parto e todo o processo parental, o que exige novas competências comunicacionais e culturais.

Optei por desenvolver esta temática, com enfoque na mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, tendo por base a teoria de Madeleine Leininger. Ao longo do ensino clínico, utilizei uma prática baseada na evidência e uma reflexão sistemática sobre as práticas.

Os resultados obtidos, além dos cuidados culturalmente sensíveis, os benefícios da mobilidade da pélvis e a forma como as diferenças culturais afetam a mulher durante a gravidez e parto, evidenciaram que as mulheres apresentam experiências e atitudes diferentes em relação a todo este processo de acordo com o interesse, nível de literacia e educação em saúde que tiveram ao longo da gravidez, tal sofrendo uma influência importante do envolvimento dos enfermeiros durante o período pré e intra-natal.

Palavras-chave: Mobilidade da pélvis, Diversidade Cultural, Competência Cultural do EE ESMO.

ABSTRACT

This report aims to describe and analyze the competencies developed during the 8th Master's Course in Nursing of Maternal and Midwifery Health, with a special focus on Clinical Teaching "Internship with Report" (the last of the course), meeting the competency profile for the Specialist Nurse in Maternal and Midwifery Nursing (midwife) (OE, 2019). During this Clinical Teaching, I provided specialized nursing care, in order to empower the pregnant woman / couple to experience the moment of childbirth, as conceived and according to their beliefs, values and culture.

The activities took place from March 5 to July 27, 2018, in a district hospital in the Lisbon region.

Nowadays nurses are increasingly confronted with a great cultural diversity in situations of transition of the family life cycle, such as pregnancy, childbirth and the whole parental process, which requires new communicational and cultural skills.

I chose to develop this theme, focusing on mobility during the first stage of labor, based on the theory of Madeleine Leininger. Throughout clinical teaching, I used evidence-based practice and systematic reflection on practice.

The results obtained, in addition to culturally sensitive care, the benefits of pelvic mobility and the way cultural differences affect women during pregnancy and childbirth, showed that women have different experiences and attitudes towards this whole process according to the interest, level of literacy and health education they had throughout pregnancy, such as being significantly influenced by the involvement of nurses during the prenatal and intra-natal period.

Keywords: Pelvis Mobility, Cultural Diversity, EE ESMO Cultural Competence.

ÍNDICE

Introdução	9
1. Metaparadigma dos Cuidados	14
2. Enquadramento conceptual	21
3. Metodologia de projeto	25
4. Análise das competências	32
5. Considerações éticas	53
6. Limitações.....	55
7. Contributos para a prática.....	56
8. Considerações finais	59
Referências bibliográficas	62
Apêndices.....	66
Apêndice I – Projeto de estágio	67
Apêndice II – Metodologia de projeto.....	68
Apêndice III – Artigos selecionados e extração de dados.....	75
Apêndice IV – Guião intereção grávidas que recorreram à consulta de enfermagem UCSP	78
Apêndice V – Guião intereção grávidas em indução TP	80
Apêndice VI - Guião intereção a parturientes que recorreram ou se encontram no BP.....	82
Apêndice VII – Guião intereção puérperas internadas durante o ECII.....	84
Apêndice VIII – Guião intereção puérperas consulta de enfermagem revisão pós-parto UCSP	86
Apêndice IX – Plano de Parto	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Mnemónica PCC	27
Tabela nº 2 – Termos de pesquisa.....	28
Tabela nº 3 – Pesquisa Medline	28
Tabela nº 4 – Pesquisa CINAHL	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Caraterização grávidas consulta UCSP	35
Quadro nº 2 – Dados da história clínica	36
Quadro nº 3 – Caraterização grávidas indução serviço materno-fetal	37
Quadro nº 4 – Dados grávidas indução serviço materno-fetal	38
Quadro nº 5 - Caraterização parturientes BP.....	45
Quadro nº 6 - Dados aplicados no relatório	46
Quadro nº 7 - Dados puérperas EC II.....	48
Quadro nº 8 - Dados puérperas consulta UCSP.....	49

INTRODUÇÃO

Este Relatório foi desenvolvido no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), e tem como objetivo refletir e analisar o percurso realizado, procurando evidenciar o desenvolvimento das minhas competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO).

Depois de um período de reflexão e partilha de interesses, e partindo de uma necessidade identificada no hospital onde desempenho funções, foi eleito um tema direcionado para o cuidado de enfermagem multicultural ministrado à parturiente durante o trabalho de parto. Cedo identifiquei esta temática como uma área de eleição, pelo que pretendi aperfeiçoar as minhas competências ao nível dos cuidados de enfermagem promotores e facilitadores da mobilidade da pélvis, assim como identificar fatores ou procedimentos inibidores e identificar as estratégias a utilizar nestas situações.

Este tema foi escolhido por se tratar de um assunto de interesse que concentra reflexão na prática hospitalar de cuidados às parturientes após a equipa de enfermeiros especialistas do Bloco de Partos onde desempenho funções realizarem formação sobre Mobilidade da Pélvis no Trabalho de Parto, e se ter iniciado um estudo neste mesmo local com o título “Efeito da Mobilidade da Pélvis na duração do Trabalho de Parto”.

Atualmente, o trabalho de parto é um tema muito debatido, nomeadamente, o parto medicalizado versus o parto natural. São várias as entidades nacionais e internacionais que têm desenvolvido projetos para o apoio ao parto normal. Em Portugal organismos como a ordem dos enfermeiros e a APEO têm desenvolvido projetos neste âmbito, emergindo então a temática da mobilidade durante o trabalho de parto, como uma intervenção autónoma do EE ESMO. Este relatório pretende refletir a filosofia de cuidados que utilizei na prática, durante o desenvolvimento das minhas competências.

A maioria dos partos ocorre em contexto hospitalar, logo, será esperado que as mulheres grávidas desenvolvam expectativas sobre os cuidados hospitalares, prestados pelos profissionais de saúde. Sendo a gravidez, trabalho de parto e parto fenómenos complexos, responsáveis por inúmeras alterações

sociais, físicas e psicológicas, são também percebidos e enfrentados de forma diferente em cada cultura (Bio, 2006). A expectativa da mulher relativamente ao trabalho de parto pode ser representativa de uma experiência positiva, satisfatória ou dolorosa, negativa, conforme o contexto cultural em que a mulher se encontra inserida.

As vivências nesta fase são determinantes para o bem-estar físico e psíquico da mulher que, por sua vez, tem repercussões na forma como esta se irá adaptar ao novo papel, de mãe. Como refere Ramona Mercer na sua teoria sobre o Papel Maternal, os enfermeiros são os profissionais de saúde com a “interação mais sustentada e intensa com a mulher no ciclo da maternidade” (Tomey, 2004). Deste modo, ressalta a importância quanto ao modo como o trabalho de parto é vivenciado pela mulher e a contribuição que os cuidados de enfermagem especializados têm em todo este processo.

A competência cultural dos enfermeiros tem vindo a tornar-se fundamental devido ao crescimento das populações migrantes, que trazem consigo uma carga cultural que é percebida como algo que pode interferir com a conduta na saúde/doença e em todos os comportamentos ligados ao seu bem-estar (Coutinho, 2011). Todo este processo vai exigir novas competências comunicacionais e culturais.

O hábito da mulher em movimentar-se durante o trabalho de parto e em posição vertical era uma prática comum de quase todas as culturas (Bio, 2006). O parto em posição horizontal foi assimilado posteriormente, o que levou as parturientes a manterem-se deitadas, sendo poucas as que escolhem espontaneamente deambular ou uma posição vertical no parto. É importante perceber o background cultural de cada mulher para assim proporcionar cuidados que vão de encontro ao que a parturiente perspetiva como benéfico para o desenvolvimento do trabalho de parto. Sem o encorajamento por parte dos cuidadores, devido a condicionamentos culturais e à localização central de uma cama em quase todos os ambientes de parto, infelizmente muitas mulheres não têm possibilidade de andar e mobilizar-se durante o trabalho de parto (Simkin & Bolding, 2004).

A evidência sugere que quando a mulher alterna posições e adota posições verticais durante a dilatação sofre menos dor, tem menos necessidade de analgesia epidural, ocorrem menos alterações da frequência cardíaca fetal e

há tendência para o encurtamento do tempo do primeiro estágio do trabalho de parto, ou seja, a mobilidade é facilitadora da evolução deste estágio e proporciona conforto à parturiente (Bio, 2006). Segundo a APEO (2009), a mobilidade constitui uma estratégia de conforto, que está associada a um trabalho de parto menos demorado e sem repercussões para a mãe e para o filho. Desta forma, traz benefícios tais como, diminuir a dor, facilitar a circulação materno-fetal, promover a contratilidade uterina e encurtar o tempo da primeira fase do trabalho de parto. Para além disso, a verticalidade e o movimento permitem que o feto tenha o máximo de espaço possível na pelve.

A influência do enfermeiro tem um peso significativo na decisão da mulher (Figueiredo et al. 2010), sendo o contato com a grávida um momento privilegiado para apoiar e esclarecer medos, dúvidas e anseios, sem desqualificar as suas crenças a respeito do trabalho de parto. Também segundo a OMS (1996), a mulher, deve ter a liberdade de escolha da posição e mobilidade durante o trabalho de parto e deve ser estimulada a posições não supinas durante o mesmo.

Esta problemática enquadra-se no âmbito das competências do EE ESMO, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2019):

- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.* (H2)
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.* (H3)

Relativamente às Competências da *Internacional Confederation of Midwives* (ICM), enquadra-se na competência número 3, que visa uma prestação de cuidados pré-natais de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzindo a um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos (ICM, 2018).

Assim, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados, culturalmente competentes à grávida/parturiente com enfoque na promoção da mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Partindo do objetivo geral defini como objetivos específicos:

- Conhecer a evidência científica atual sobre a influência das representações culturais da parturiente na mobilidade da pélvis durante o trabalho de parto
- Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório na aquisição de competências especializadas relacionadas com a mobilidade durante o trabalho de parto;
- Analisar os fatores que podem interferir com a possibilidade da mobilização da pélvis durante o trabalho de parto;
- Capacitar as parturientes para a tomada de decisão;
- Sensibilizar as parturientes para os benefícios da mobilização da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto;

O respeito pela autonomia e pelos valores e crenças culturais contribui para o conforto da mulher/casal durante o trabalho de parto, assim assumi como elemento norteador dos meus cuidados o modelo conceptual de Madeleine Leininger, que corroborando com o pensamento antropológico, afirma que a cultura tem influência no comportamento humano e por consequência, o enfermeiro para prestar cuidados culturalmente competentes deve entender as crenças, valores e costumes do outro (Bezerra, 2006). A sua perspetiva é reconhecida e adotada devido à necessidade de perceber as pessoas com diferentes antecedentes culturais, utilizando este conhecimento para orientar a nossa prática. Busca-se neste referencial teórico uma reflexão sobre como a cultura e as experiências das parturientes vão interferir no seu comportamento durante o trabalho de parto. O cuidado de enfermagem culturalmente sensível é uma necessidade de há uns anos a esta parte dado o crescente aumento de imigrantes que procuram os serviços de saúde materna e obstétrica.

Ao longo deste relatório tentarei evidenciar a forma como desenvolvi as competências, mobilizando a evidencia científica. No primeiro capítulo será feita uma contextualização desta temática de acordo com o modelo conceptual de Madeleine Leininger, no segundo capítulo serão aprofundados os conceitos que permitiram enquadrar teoricamente o tema, no terceiro capítulo apresento a metodologia utilizada e no quarto capítulo a descrição e análise das competências específicas desenvolvidas. Seguem-se as considerações éticas, as limitações do estudo e os contributos para a prática, terminando com algumas considerações finais.

1. METAPARADIGMA DOS CUIDADOS

A aplicação de um modelo teórico de enfermagem é uma forma para contextualizar uma temática à luz de uma teoria de enfermagem, procurando traduzir a sua especificidade como um modelo construtivo do que é o cuidar, a pessoa, a enfermagem e o ambiente.

Os enfermeiros têm presente que o conceito de “cuidar” significa aspetos diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional requer sensibilidade para lidar com as diferenças. Desenvolver capacidades para perceber a pessoa na complexa interação das suas múltiplas dimensões, proporciona competências para o estabelecimento da relação de ajuda inerente à atividade dos enfermeiros. Segundo Leininger (2002) as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção de saúde.

Corroborando com o pensamento da antropologia que a cultura influencia o comportamento humano e utilizando as conceções de Madeleine Leininger que para comunicar com o cliente devemos entender a sua visão do mundo, crenças, valores, é importante refletir sobre a cultura, as experiências e os significados que as parturientes manifestam e que vão interferir no trabalho de parto e parto (Bezerra, 2006). Segundo este mesmo autor os enfermeiros devem assumir uma postura de não imposição, mas sim valorização, respeitando a cultura transportada pelas mulheres. Cuidar uma pessoa pressupõe o reconhecimento dos seus valores culturais, das suas crenças e das suas convicções.

A teoria desenvolvida por Madeleine Leininger, deriva da antropologia, mas reformula-a para a enfermagem transcultural com perspetivas que dizem respeito ao cuidado humano. Incide sobre a universalidade e a diversidade na prestação de cuidados de enfermagem, num contexto transcultural. O objetivo da enfermagem transcultural é conseguir que os conhecimentos e a prática da enfermagem profissional tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de perceção ou de apreciação das diferentes culturas.

Leininger (1995) salienta e define alguns conceitos que devem ser encarados como orientações que podem ser alteradas:

- **Cultura**, refere-se a valores aprendidos, partilhados e transmitidos, crenças, normas e práticas de vida de um grupo particular e que guiam os pensamentos, as decisões e as ações da maneira padronizada.
- **Cuidado cultural**, refere-se aos valores, crenças e expressões padronizadas, conhecidas cognitivamente que apoiam ou facilitam outro indivíduo ou grupo, de modo a manter o bem-estar, melhorar a condição humana e o modo de vida.
- **Diversidade cultural do cuidado**, refere-se à variabilidade de significados, padrões, valores ou símbolos do cuidado, que são culturalmente aceites pelas pessoas como meio de promover o seu bem-estar, melhorar a condição humana e o modo de vida.

1.1. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural fundada e desenvolvida ao longo de cinco décadas por Leininger (1978, 1991, 2004, 2006) define o seguinte: “A Enfermagem transcultural é uma área formal de estudo e prática em enfermagem focada sobre o cuidado cultural comparativo e holístico, a saúde e padrões de doença de indivíduos e grupos com respeito às diferenças e semelhanças nos valores culturais, crenças e práticas...”.

Leininger (2002) argumenta que, pelo fato de a cultura e o cuidar serem os meios mais alargados e mais holísticos de concetualizar e compreender as pessoas, este conhecimento é central e imperativo para o ensino e a prática de enfermagem, pois a transculturalidade pode ajudar a promover aprendizagens recíprocas com os sistemas de assistências de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença.

O paradigma qualitativo fornece formas de transculturalmente conhecer e descobrir as dimensões epistemológicas e deontológicas do cuidado humano, e preconiza a utilização do método de observação participante para documentar, saber, prever e explicar sistematicamente através de dados gerados no campo, aquilo que é diferente (diversidade) e o que é semelhante (universal) acerca do cuidado genérico (tradicional) e profissional das culturas estudadas dentro das componentes do Modelo Sunrise, de forma a criar novo conhecimento que guie

as práticas de cuidados de enfermagem (Leininger, 1998). No âmbito dos cuidados perinatais, uma adaptação do Modelo Sunrise (2006) foi proposta para aqueles que cuidam das mulheres imigrantes e minorias étnicas.

Este modelo consta de quatro níveis:

Nível I: representativo da visão de mundo e sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspectivas: microperspetiva (indivíduos de uma cultura), perspetiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica), macroperspetiva (fenómenos transversais em diversas culturas)

Nível II: proporciona informações sobre os indivíduos, sobre uma família, bem como informações sobre significados e expressões específicas relacionadas com o cuidado de saúde.

Nível III: proporciona informações sobre sistemas tradicionais e profissionais, incluindo a enfermagem, que atuam em uma cultura e permite a identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais;

Nível IV: determina o nível de decisões dos cuidados de enfermagem, incluindo a preservação, a acomodação e a re-padronização do cuidado cultural. Neste nível, ocorrem os cuidados culturalmente coerentes.

A parte superior deste modelo, em forma de semicírculo, foca-se na cultura, visão do mundo e estrutura social da mulher e inclui, fatores que influenciam a saúde: comunicação e modos de vida (educacionais), a organização social (económicos, político, tecnológicos), valores de cultura (religiosos e filosóficos, familiares e sociais) e outras variáveis como o local, o período de tempo, o controlo ambiental e as variações biológicas da mulher. As setas representam as influências que se podem encontrar. A parte inferior implica o diagnóstico da situação do EE ESMO que deverá avaliar cada dimensão do semicírculo e por meio deste conhecimento, as decisões e intervenções de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos tendo em conta o sistema tradicional (culturalmente transmitidos) e a estrutura profissional (o cuidado profissional, preconizados pela instituição e geralmente com pessoal multiprofissional) oferecendo à parturiente e ao seu elemento significativo uma experiência memorável do parto.

O plano de cuidados deve ser reestruturado, adaptado às necessidades da parturiente, negociado de modo a preservar e respeitar a diversidade cultural e a promover o bem-estar, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. A enfermagem transcultural vai para além de um estado de consciência até ao ponto de usar o conhecimento da cultura do cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente congruente e responsável.

A teoria de Leininger enfatiza a importância da cultura, dado que esta influência a relação entre o enfermeiro e o utente. Por esta razão, as decisões e as ações do enfermeiro podem promover a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades a três níveis: preservando e/ou mantendo o cuidado cultural, adaptando e/ou negociando o cuidado cultural, remodelando e/ou reestruturando o cuidado cultural. Estes aspetos visam levar o enfermeiro a tornar-se culturalmente competente.

A aquisição de competências é um processo dinâmico onde, segundo Leininger (1995), devem ser consideradas três fases de desenvolvimento para que o enfermeiro se torne transculturalmente competente. Numa primeira fase, o enfermeiro torna-se consciente e sensível com as diferenças e similaridades das várias culturas. Na segunda fase, o enfermeiro descobre expressões culturais e de saúde, os padrões e atitudes dos clientes, usando a teoria e a pesquisa através da observação detalhada e experiência com os clientes, o que traz novos conhecimentos e guia as práticas de enfermagem. Na terceira fase, o enfermeiro usa os achados/conhecimentos transculturais no cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente.

De um ponto de vista antropológico podemos dizer que nunca na história da humanidade se tinha assistido a um tal contacto entre seres humanos de diferentes culturas e tão distintas entre si. Imigrações, emigrações, refugiados, e movimentos de população em geral aumentaram (White, 2013).

Em Portugal com a independência das Colónias, entraram milhares de imigrantes e refugiados, e houve um aumento de imigrantes oriundos da Europa, nomeadamente dos países de Leste. Portugal defronta-se com uma migração global por isso podemos dizer que a nossa realidade atual é transcultural. Segundo Leininger (1995), se todas as profissões ligadas à saúde enfrentam o

transculturalismo, isso será particularmente verdade para os enfermeiros e para a Enfermagem. A autonomização face aos modelos médicos, a maior importância que se tem dado à humanização e individualização dos cuidados, tem feito com que os enfermeiros fiquem numa posição privilegiada para a prestação direta e individual de cuidados de saúde, nomeadamente a imigrantes. O enfermeiro não pode prestar cuidados de forma eficaz e competente se não compreender os valores culturais, crenças e modos de vida das pessoas a quem os cuidados são dirigidos. Esta temática torna-se relevante pelo número crescente de imigrantes em Portugal que necessitam de cuidados de saúde, procurando uma resposta apropriada por parte dos profissionais. Sendo que a grande maioria dos ensinamentos clínicos por mim realizados decorreram na área abrangida pelo hospital onde realizei o estágio com relatório, que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde a um elevado número de população emigrante, todos os meus cuidados e ações concretizadas para o desenvolvimento deste trabalho abrangeram uma população muito diversificada culturalmente, estando desperta para desconstruir e desvendar crenças, escolhas, práticas rituais ou outros comportamentos em torno do trabalho de parto e assim ampliar a compreensão da cultura e da sociedade que nos rodeia (White, 2013).

1.2. A Teoria de Leininger aplicada à Saúde da Mulher

A intervenção do EE ESMO é um instrumento para a promoção da saúde, baseando as suas ações num cuidar à mulher impregnado de questões sociais, económicas, influenciando até mesmo seu estilo de vida e determinados comportamentos, podendo também dizer que ao reconhecer esta realidade, pode contribuir para uma ação de transformação social.

Ao refletirmos, podemos compreender o verdadeiro papel do EE ESMO a saúde da mulher: não como um agente de reabilitação de uma disfunção orgânica, mas, sim, como um instrumento facilitador da manutenção de condições adequadas de saúde. São muitos os casos em que os profissionais enfrentam dificuldades na implementação do plano de cuidados. Tais dificuldades são geradas pela não compreensão da cultura e, com isso, o esquecimento de planejar o cuidado de forma integral.

No que se refere à saúde da mulher, é fundamental que se conheça a sua cultura, pelo simples fato de que as suas crenças e determinados saberes populares estão intimamente ligados com o conhecimento de antepassados, principalmente no que se refere à maternidade. A mulher provém de uma família e de uma cultura, sendo a sua vida pautada por inúmeros acontecimentos. O desenvolvimento de uma teoria que contempla a diversidade e a universalidade dos cuidados culturais, explica porque pessoas de culturas diferentes podem oferecer informações e orientar os profissionais a direcionarem os seus cuidados. Como a cultura determina estilos de vida, o enfermeiro deve considerar a existência do ser humano com uma história de vida, visão do mundo, ou seja, a existência de um saber social contribui para uma nova abordagem da prática de enfermagem.

Apesar do que foi mencionado o comportamento do EE ESMO é também influenciado pela cultura organizacional da instituição de saúde, sendo condicionado por normas, regulamentos, tipos de liderança, políticas administrativas, estrutura hierárquica e padrões de desempenho. Os cuidados prestados são também condicionados pela tecnologia (instrumentos e métodos utilizados), sendo a cultura organizacional aquela que define os limites, a coerência nos atos do enfermeiro, fazendo-o comprometer-se com interesses coletivos. No entanto, cada indivíduo tem uma forma de pensar, princípios e crenças diferentes, manifestando-se de diferentes maneiras (participação, criatividade, medo, tensão, comodismo, formação/adesão a grupos informais), podendo ser ou não, um agente de mudança. A cultura organizacional modifica-se com o tempo, já que também sofre influência do ambiente externo e de mudanças na sociedade. Por sua vez, a cultura de uma instituição também pode influenciar essa mesma sociedade (Leininger, 1988; Puernell, 2010).

A sensibilização para a integração da multiculturalidade e a aquisição de competências transculturais por parte do EE ESMO, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, e deste modo beneficiar as parturientes e familiares nas suas vivências durante o trabalho de parto e em todo o processo de transição para a parentalidade.

Atualmente, a teoria da transculturalidade no cuidar em enfermagem é reconhecida pelos organismos reguladores e está integrada nos princípios das competências do EE ESMO. Assim, a International Confederation of Midwives

(ICM), para além dos conhecimentos técnicos-científicos, tem como premissa conceitos básicos que o EE ESMO deve ter presente, a salientar: o respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como pessoas com todos os direitos humanos; a advocacia da mulher, para que a sua voz seja ouvida; a sensibilidade cultural, que inclua o trabalho com a mulher e profissionais de saúde para que ultrapassem barreiras culturais que prejudicam a mulher e a criança. Estes conceitos encontram-se explícitos nas competências, nomeadamente competência IV:

“as parteiras prestam cuidados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da mulher e família, durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido”.

Também a Ordem dos Enfermeiros no preâmbulo do Regulamento nº391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, preconiza a seguinte premissa “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada vive e persegue” e tem como pressuposto que a mulher, como entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelo elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a contextualizar a temática escolhida farei um enquadramento conceptual, identificando os conceitos chave e os principais autores, construindo um referencial teórico sobre a influência da cultura na mobilidade da pélvis e os fatores que intervêm neste processo.

No Séc. XVII, por influência dos profissionais de saúde e sem apoio de evidência científica, surgiu a adoção da posição de litotomia. Desde o final do Séc. XIX que esta posição tem sido questionada. Apesar da literatura descrever inúmeras desvantagens na utilização desta prática, continua a ser a mais frequente (Harper, 2005). Atualmente, diversos autores e entidades mundiais como a OMS, enumeram várias vantagens na liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto, como tal é essencial que se mudem as práticas de forma a garantir um aumento na qualidade dos cuidados prestados (Lawrence et al, 2013);

O nascimento é a experiência humana mais poderosa e profunda que envolve diferentes aspetos culturais, como valores, opiniões e crenças que passam de geração em geração, tendo influência direta na mulher e nas suas preferências em relação ao parto (Figueiredo et al., 2010). A mulher durante a gravidez vivencia sentimentos tão diversos como alegria, poder, exaltação e por outro lado, medo, fragilidade, trauma e descontrolo (Lavender, Hofmeyr, Neil, Kingdon & Gyte, 2012). O prazer de ser mãe e a liberdade para parir são fatores que auxiliam a mulher a passar pelo trabalho de parto e parto, daí a importância de devolver à parturiente o seu papel central. A frase *“tudo o que o doente puder fazer por si mesmo será melhor que o faça: vai significar menos ansiedade para ele”*, remete ao principal pressuposto do paradigma humanístico de atenção ao parto, a mulher como principal objetivo do cuidado (Macedo, 2008).

A competência cultural dos enfermeiros tem vindo a tornar-se fundamental devido ao crescimento das populações migrantes, que trazem consigo uma carga cultural que é percecionada como algo que pode interferir com a conduta na saúde/doença e em todos os comportamentos ligados ao seu bem-estar. Portugal nas últimas décadas tem vindo a reforçar o seu carácter de país de acolhimento de pessoas de diversas culturas, encontrando-se bem espelhado

nos concelhos periféricos da região de Lisboa, correspondendo à população utilizadora do hospital desta área abrangeste. A população emigrante corresponde a 40% dos partos deste hospital, sendo a maioria proveniente dos PALOP, da Europa de Leste, Paquistão, Índia e Brasil. Os enfermeiros são cada vez mais confrontados com uma grande diversidade cultural em situações de adaptação, como é o caso da gravidez, trabalho de parto, parto e todo o processo parental, o que vai exigir novas competências comunicacionais e culturais. É importante perceber se estes profissionais estão preparados para integrar a multiculturalidade na sua prática diária e se estas competências vão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, permitindo assim beneficiar as parturientes no desenrolar do trabalho de parto.

Neste sentido são vários os fatores que interferem com o trabalho de parto e parto. Assim, é fundamental que o enfermeiro durante as consultas pré-natais ou no desenrolar do trabalho de parto, transmita à grávida informação sobre os diferentes posicionamentos e atividades que irão possibilitar uma progressão do trabalho de parto mais prazeroso e eficaz (Costa et al., 2003; Roconi et al., 2010). É também importante que saibamos utilizar as tecnologias do cuidado, através do conhecimento da parturiente, do reconhecimento da manifestação do seu processo fisiológico e como se desenrola a expressão do seu processo sociocultural (Macedo, 2008).

Vários estudos apontam para os diversos aspetos culturais que afetam a saúde da mulher, os quais são percebidos de forma variável, mudando de cultura para cultura, nomeadamente: as representações sobre a maternidade, a conceção de família, a expressão de sentimentos e a vivência da dor que surge em processos fisiológicos normais como a gravidez e parto. A cultura cria um enquadramento onde a mulher pensa, toma decisões e age de acordo com as suas crenças e valores, o que se vai refletir na procura de saúde, nomeadamente durante a gravidez, parto e parentalidade, sustentados muitas vezes por rituais de passagem que estão profundamente enraizados no contexto cultural.

O parto é, sem dúvida, um momento marcante na vida de uma mulher/casal e está envolto de aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Em todas as culturas o parto é considerado um período de transição e celebração, estando o nascimento submetido à influência da cultura, revelando-se por exemplo na escolha do local, nas pessoas que estão presentes ou intervêm no

parto, no recurso a terapêutica e equipamento, ou à escolha de métodos naturais, na importância dada à dor e na participação ativa da mulher (Lopes, 2009).

O parto é um momento que marca a transição na vida da mulher e é vivenciado como algo doloroso e desagradável para algumas culturas. Por mais humanizada que uma sala de partos possa ser, as parturientes ainda são alvo de cuidados medicalizados, tecnicistas e rotineiros. A mulher é incentivada a seguir as normas e protocolos, excluindo-se a sua experiência no processo de nascimento, a sua participação segundo as suas crenças e valores. O parto deve ser encarado como um evento natural, não sendo necessário uma intervenção invasiva para o nascimento de um ser, devendo-se incentivar a mulher a participar como protagonista. De acordo com Odent (2002) o cuidado humanizado à mulher durante o trabalho de parto e parto mantém contacto com as suas raízes, aceita a sua escolha e o enfermeiro tem um papel de observador e uma atitude mais passiva, estando a mulher ativamente presente no processo de nascimento.

A OMS (1996), a APEO (2009) e mais recentemente a OE (2012) emitem recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos devido às suas inúmeras vantagens. Têm revelado que a duração do trabalho de parto pode estar também relacionada com a posição, bem como com a deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto.

A utilização de medidas não farmacológicas tais como a deambulação, bola de pilatos é frequentemente requerida pelas grávidas em trabalho de parto. Como referido por Mamede et al (2007) vários estudos têm revelado que, fisiologicamente é muito mais vantajoso para a mãe e feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa. Acresce-se o fato de que na posição supina a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia estará facilitada pela postura materna, e assim podem-se prevenir complicações do trajeto. A posição vertical assumida pela parturiente tem ganho destaque na assistência ao parto humanizado por produzir melhor efeito na progressão do trabalho de parto devido à melhor circulação uterina,

permitindo que as fibras musculares cumpram com a sua função contrátil de maneira eficiente.

Todas as intervenções e exames devem ser precedidos de uma explicação sobre o porquê de determinado tratamento, o que irá suceder, os resultados ou riscos associados. É igualmente importante esclarecer dúvidas e apresentar alternativas e posteriormente o casal deve ter tempo para refletir livre de julgamento ou coerção, devendo sempre ser respeitada esta decisão, tratando-se assim de um consentimento livre e esclarecido. A gravidez é uma fase privilegiada no que concerne à preparação para o nascimento, onde todas as opções deverão ser abordadas de forma clara e acessível. Uma das variáveis que influencia a forma como as mulheres respondem à gravidez é a sua personalidade, aliada ao conhecimento que possuem e experiências pelas quais passaram.

É um objetivo da assistência pré-natal esclarecer erros, exterminar mitos sobre a gravidez e o parto, trocando-os por informações corretas e ensinando algumas habilidades físicas e/ou mentais que melhorarão a capacidade do casal de cooperar no trabalho de parto e parto.

O respeito pela vontade da mulher quanto à posição a adotar e liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto enquadra-se na abordagem à saúde baseada em direitos humanos (FIGO, 2015), resultando nas seguintes recomendações que devem ser tidas em consideração:

- Assegurar o acesso da mulher/família aos dados relativos às intervenções durante o parto em cada instituição de saúde;
- Possibilitar o acesso a formação e métodos não farmacológicos de alívio da dor, bem como recursos e práticas que promovam o parto fisiológico;
- Apoio exclusivo e contínuo de pelo menos um profissional de saúde durante o trabalho de parto e parto;
- Assegurar o respeito pelas preferências da mulher/casal expressas;
- Assegurar que a evidência científica seja sistematicamente incluída nas práticas, procurando sempre dar resposta às necessidades individuais de cada mulher/família.

3.OPÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo deste CMESMO foram elaborados objetivos que me permitiram atingir as competências a que me propus, pelo que de seguida irei apresentar o contexto em que desenvolvi as minhas competências, os objetivos, os recursos necessários, bem como as atividades realizadas.

3.1. Contexto do local de estágio

Durante todo este percurso foram várias as unidades teóricas e de Ensino Clínico (EC) que contribuíram para o desenvolvimento das competências, e que se tornaram fundamentais para a realização deste relatório. As unidades curriculares de Investigação em Enfermagem e de Enfermagem Avançada funcionaram como uma base essencial, conferindo um pensamento crítico sobre o tema e a sua contextualização no desenvolvimento da ciência da enfermagem.

Todos os EC realizados contribuíram com aspetos fundamentais, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências, como o de Internamento de Puerpério (ECII), Internamento Materno-Fetal (ECIV), Cuidados de Saúde na Comunidade (ECIII) e, o culminar de todo este processo, o Estágio com Relatório na Sala de Partos. Este último EC foi aquele que permitiu desenvolver melhor a temática estudada, pelo que farei uma breve descrição do seu contexto, para permitir uma melhor perceção das atividades desenvolvidas.

O Serviço de Bloco de Partos onde realizei este projeto está inserido numa instituição hospitalar, fazendo parte do Departamento da Mulher. Este serviço é dividido numa área ambulatorial de Urgência, e numa área de internamento. Na urgência encontra-se um EE ESMO, que tem como função realizar a triagem das utentes, prestando todos os cuidados inerentes à grávida/parturiente. Na área de internamento encontram-se duas salas de internamento de Ginecologia com sete camas no total, seis quartos de dilatação individuais, duas salas de parto, uma sala de recobro com quatro camas e três blocos operatórios, sendo uma de apoio à área de Ginecologia. A equipa de profissionais é constituída por médicos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e de Anestesia, médicos internos da especialidade de obstetrícia e de anestesia, EE ESMO, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e um administrativo. As equipas de

enfermagem trabalham por turno, existindo no mínimo quatro EE ESMO por turno.

É um dos hospitais com uma maior área de influência, servindo cerca de 650.000 habitantes dos concelhos de Amadora e Sintra, aliando os provenientes de Angola, Guiné Bissau, Cabo Verde, São Tomé-e-Príncipe, Brasil, Ucrânia, China, Paquistão e Índia. O número de estrangeiros legalmente residentes em Portugal atinge 4% da população total, sendo predominantes as comunidades cabo-verdiana, brasileira, países lusófonos e da União Europeia (Pordata, 2018). Em termos estatísticos (dados facultados pelos serviços administrativos do hospital em questão), em 2018 ocorreram 2524 partos, sendo que 560 partos foram de mulheres estrangeiras (cerca de 22%).

Esta realidade ficou bem patente em alguns EC, deparando-me com diferentes etnias, em que o idioma, estrato social, costumes culturais levaram a uma prestação de cuidados culturalmente sensíveis da minha parte, a fim de promover uma vida familiar saudável e uma parentalidade positiva (ICM, 2018).

3.2. Metodologia de Projeto

A constante evolução do conhecimento na área da saúde incentiva os seus profissionais na atualização contínua do seu portfólio de saberes, ao mesmo tempo que os desafia à produção de novos conhecimentos em determinadas áreas. A Prática Baseada na Evidência (PBE) comporta-se como uma abordagem de atualização dos cuidados em saúde, bem como do seu ensino e instrução, tendo por base o saber produzido pela evidência científica. O seu objetivo é promover as melhores tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde, de acordo com o que é preconizado, estudado e comprovado pela evidência científica (Facchiano & Snyder, 2012).

Foi em torno de conceitos chave desenvolvidos no enquadramento conceptual que se delineou a revisão da literatura. Para localizar e descrever a evidência científica existente em relação à mobilidade da pelvis e a influência da cultura no primeiro estágio do TP, utilizou-se metodologia de projeto, cujo planeamento pode ser consultado no Apêndice I e II.

3.3. Scoping Review

Foi elaborada uma *scoping review* (SR), de acordo com o protocolo do Joanne Briggs Institute (JBI), com o título: “Diversidade Cultural e Trabalho de Parto: Fatores Facilitadores da Mobilidade da Pelvis”, em Julho de 2017, tendo sido atualizada a pesquisa em Maio de 2018 e Maio de 2019. A questão de partida foi “Qual a influência da cultura das mulheres na mobilização da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto?”, originando a mnemónica PCC descrita na tabela seguinte:

P (população)	Mulheres no 1º estágio trabalho de parto
C (conceito)	Mobilidade da pélvis; cultura
C (contexto)	Sala de partos

Tabela 1 – Mnemónica PCC.

Tendo em conta o objetivo da *scoping review* “Conhecer de que forma a cultura das mulheres influencia a mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto, na sala de partos”, foram definidos limitadores de pesquisa e critérios de inclusão dos artigos. Para a pesquisa foram selecionados artigos escritos em Português, Inglês e Espanhol, publicados a partir do ano 2010 (desenho do estudo). Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados estudos com mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto (população), que abordem a diversidade cultural na mobilização da pélvis (conceito) e que tenham sido realizados na sala de partos (contexto).

Para a concretização da SR foram utilizadas as bases de dados MEDLINE e CINAHL, através da plataforma EBSCO, por serem consideradas de referência relativamente a artigos científicos na área da saúde. Foi também utilizada a plataforma Google e Google Scholar para uma primeira abordagem à literatura cinzenta.

Foram selecionados apenas termos indexados nas bases de dados, discriminados na tabela 3, tendo sido feita pesquisa em separado na MEDLINE e CINAHL.

	<i>Termos da Questão</i>	<i>Termos pesquisa MEDLINE</i>	<i>Termos pesquisa CINAHL</i>
<i>População</i>	Mulheres 1º estágio trabalho de parto	Pregnant Women Nurse Midwives	Expectant Mothers Nurse Midwives
<i>Conceito</i>	Mobilidade da pélvis; cultura	Cultural Competency Cultural Diversity Pelvis Movement Labor, Obstetric	Cultural Competence Cultural Diversity Pelvis Movement Obstetric Nursing
<i>Contexto</i>	Sala de partos	Natural Childbirth Delivery, Obstetric	Childbirth Labor

Tabela 2 – Termos de pesquisa (descritores).

Em cada uma das bases de dados, foram cruzados os descritores, tabela 4 e 5, utilizando as expressões booleanas OR e AND de forma a direcionar os artigos para o tema e objetivo delineado, resultando em 7 artigos.

<i>Descritores</i>	<i>Identificador</i>	<i>Artigos</i>
Nurses Midwives OR Pregnant Women	S1	8.253
Cultural Competency OR Cultural Diversity OR Pelvis OR Movement OR Labor, Obstetric	S2	288.559
Natural Childbirth OR Delivery, Obstetric	S3	16.052
S1 AND S2 AND S3	S4	49

Tabela 3 – Pesquisa MEDLINE.

<i>Descritores</i>	<i>Identificador</i>	<i>Artigos</i>
Nurses Midwives OR Expectant Mothers	S1	3.433
Cultural Competence OR Cultural Diversity OR Pelvis OR Movement OR Obstetric Nursing	S2	52.089
Childbirth OR Labor	S3	18.185
S1 AND S2 AND S3	S4	19

Tabela 4 – Pesquisa CINAHL.

Seguidamente, encontra-se o fluxograma da seleção de estudos, adaptado da JBI, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

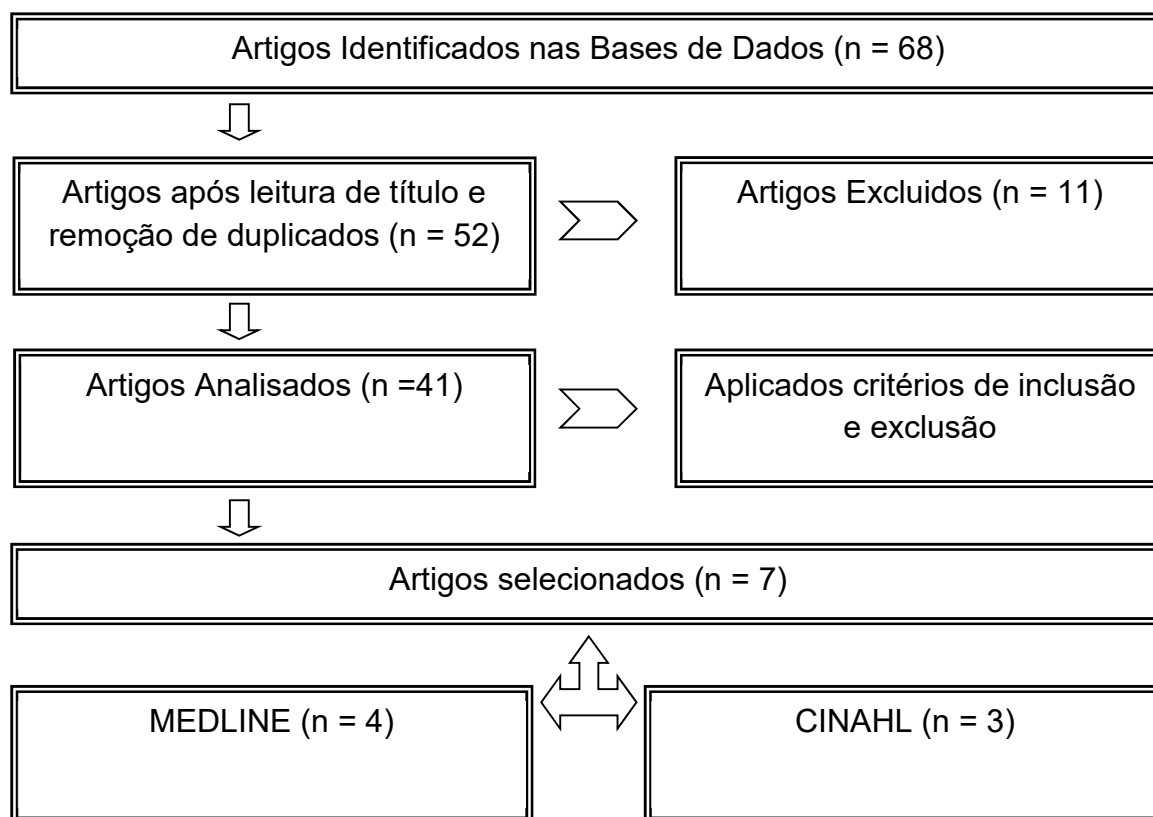


Figura 1 – Fluxograma (EBSCOhost).

Após a remoção dos duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos 7 artigos, cinco dos quais quantitativos, um qualitativo e uma revisão de literatura.

Os artigos de literatura cinzenta não cumprem os critérios de inclusão nesta revisão, mas deram um reforço importante para a discussão de resultados.

Os artigos obtidos foram lidos criteriosamente antes de serem incluídos e os dados foram extraídos utilizando o instrumento padronizado da JBI. Os artigos selecionados e respetiva extração de dados são apresentados no apêndice III.

3.3.1 Apresentação de Resultados

Segundo Lawrence (2013) existe evidência que posições verticais reduzem o 1º estágio do trabalho de parto e que a maior parte das mulheres

prefere alternância de posições e muitas escolhem estar de pé e mobilizarem-se. Com base nos resultados é recomendado que mulheres em TP de baixo risco sejam ajudadas na adoção da posição que escolherem, não devendo ser privadas da liberdade de movimentos.

Outro estudo diz-nos que a escolha da posição pode ser determinada mais pela parteira do que pela parturiente, mas durante o trabalho de parto estas querem ser participantes na tomada de decisão (Thies-Lagergren, 2013). A promoção de determinadas condutas pode chocar culturalmente as mães imigrantes com outras vivências a este nível.

As diferenças culturais afetam a mulher durante a gravidez, trabalho de parto e parto (Glavin, 2016), sendo referido também por Redsaw (2011) que mulheres de minorias étnicas apresentam experiências e atitudes diferentes em relação a todo este processo.

A prática de deambulação, utilização de bola ou banco exige, além de sensibilização e disponibilidade profissional, predisposição por parte da mulher. É importante o incentivo da parturiente para a liberdade de movimentos porque diminui a dor materna, facilita a circulação materno-fetal e a descida do feto na pélvis materna. Algumas parturientes desejam permanecer em repouso no leito devido ao desconhecimento do benefício desta prática embora haja evidencia que o uso da bola suíça e do banco favorece uma postura adequada e promove a mobilidade da pélvis (Motta, 2016).

3.4 Plano de Trabalho

Todo o meu percurso profissional tem estado ligado com a área da Saúde da Mulher, tendo desenvolvido intervenções direcionadas para o apoio e capacitação da mulher/família, nos cuidados ao recém-nascido (RN) e vivência segura e confiante da parentalidade. Durante o meu percurso enquanto estudante tive a oportunidade de cuidar de mulheres em diferentes contextos, dado que exerço funções na mesma Instituição onde desenvolvi o meu estágio de Sala de partos. Considero esta, uma experiência muito positiva na consolidação de conhecimentos, contrapondo a teoria e a prática, alargando assim a minha capacidade de intervenção junto das mulheres/famílias que acompanhei. Os meus objetivos foram sendo trabalhados ao longo dos vários

EC de acordo com a pertinência do serviço onde me encontrava. Nos EC de Ginecologia (EC I) e Neonatologia (EC V) a temática não foi desenvolvida dado não ser pertinente e adequado ao contexto.

Apesar da evidência encontrada, esta temática não está muito explorada, sendo poucos os estudos, daí que para a concretização dos objetivos procedi à apresentação do projeto de estágio junto dos enfermeiros orientadores de cada EC, das equipas e das Enfermeira Chefes, assim como expus o tema em sessões de preparação para a parentalidade e através de observação participante (Guião Orientador de Interação – Apêndice IV, V, VI, VII, VIII) pude descrever e identificar os comportamentos decorrentes de um determinado momento.

De salientar que assumi o papel de observadora numa lógica investigativa e, em simultâneo, participei junto da população observada, realizando registos de interação enquanto prestadora de cuidados, o que me permitiu entrar no seu mundo, envolver-me, observar e participar nas suas experiências. Porém, no decorrer destas observações, teremos de tentar suprir ou minimizar erros de observação, evitando alguns fatores que podem interferir na mesma, nomeadamente os abordados por Polit e Hungler (2004), sentimentos de perda, postura e valores morais, interesses e compromissos pessoais podem repercutir sobre o que se observa em função do que o observador espera ver, a antecipação do que se pretende observar afeta o que se observa, as decisões precipitadas, prévias e recolha da informação adequada, podendo conduzir a conclusões enviesadas.

4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS

Ao longo do CMESMO fui desenvolvendo as competências previstas para o EE ESMO, mas também pessoais e humanas, que permitiram ir norteando o meu percurso e a minha capacidade de tomada de decisão. Utilizando o modelo conceptual de Madeleine Leininger como base teórica deste relatório, considero que também eu me encontro num processo de transição, tendo utilizado várias estratégias na construção de um novo papel, nunca esquecendo que existem fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos que interferiram neste processo. Seguidamente farei uma descrição e análise das estratégias utilizadas no desenvolvimento das competências específicas do EE ESMO que tive oportunidade de desenvolver durante os vários EC, culminando no estágio com relatório.

Le Boterf (2004) refere que a atribuição de competências define um território de responsabilidade e, portanto, um poder de intervenção, salientando ainda que a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, defendendo que a flexibilidade é central na competência, uma vez que varia de acordo da situação e contexto. Segundo a ICM (2018) a competência das parteiras é a combinação de conhecimentos, comportamentos e competências profissionais específicas que são demonstradas num determinado nível de proficiência no contexto da educação e prática. Este conceito de flexibilidade e de constante adaptação ao contexto é facilmente integrado neste percurso, uma vez que utilizamos vários contextos práticos (EC) para desenvolver os nossos conhecimentos teóricos, que foram apreendidos ao longo do primeiro ano do CMESMO. Em cada EC desenvolvemos um projeto de aprendizagem que permitiu desenvolver a nossa capacidade de integração de saberes, criatividade e mobilização de conhecimentos.

Ao longo de vários EC fui desenvolvendo as competências específicas de acordo com os objetivos dos EC, no entanto durante o “Estágio com Relatório” tive a oportunidade de reunir os conhecimentos e competências já desenvolvidas e utilizá-las num contexto de Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, o que constituiu um desafio importante, principalmente pela necessidade rápida de tomada de decisão.

Ao longo do estágio existiu a necessidade contínua de recorrer à literatura publicada em base de dados de forma a identificar a evidência mais recente, e contextualizá-la com a prática e saberes da enfermeira orientadora, a cultura do serviço e os procedimentos da instituição hospitalar.

4.1 Competências desenvolvidas o período Pré-Natal

Tal como preconizado pela OE (2019) na Competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, é nosso papel conceber, planejar, coordenar, supervisionar implementar e avaliar programas de preparação para o parto e parentalidade responsáveis, bem como o planeamento de um plano de parto, sustentado em decisões informadas e esclarecidas por parte do casal. Para o cuidado especializado à mulher, durante o período pré-natal, além dos cuidados técnico-científicos, é primordial a educação para a saúde, também referida como competência essencial do EE ESMO pela ICM (2018). A Educação para a Saúde deve capacitar as pessoas tendo um papel ainda mais importante nesta área, já que as alterações no papel social e familiar vão implicar necessidades e responsabilidades acrescidas, sendo vital reforçar as competências da família, sempre com a finalidade de um desenvolvimento fetal saudável. Procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade, pois a autonomia e responsabilização parental serão os pilares de uma parentalidade responsável e gratificante. Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências técnico-científicas no cuidado especializado à mulher e acompanhante, nomeadamente na avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019), através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da deteção precoce de sinais de alerta e referenciação à equipa multidisciplinar das situações para além da minha área de atuação, cooperando com outros profissionais na vigilância da gravidez (OE, 2019). Em todos os cuidados especializados que prestei procurei obter o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, promover a privacidade da grávida e acompanhante, bem como prestar apoio psicológico sempre que necessário.

No âmbito do período pré-natal consegui intervir junto de grávidas que vigiaram a sua gravidez na consulta de enfermagem realizada no Centro de saúde, assim como em grávidas internadas no serviço de vigilância Materno-Fetal. Pude intervir no âmbito da temática do estágio com relatório através da realização de planos de preparação para o parto, incentivando e empoderando a mulher acerca dos benefícios da mobilidade no primeiro estágio do trabalho de parto, referindo vantagens existentes tanto para a mulher como para o recém-nascido. Intervim também através do curso de Preparação para a Parentalidade, colaborando em algumas sessões, abordando temas como as fases do trabalho de parto, de modo a perceberem o início da fase latente, evitando assim o encaminhamento para o hospital numa fase precoce, as medidas não farmacológicas de alívio da dor, a mobilidade durante o trabalho de parto e a realidade de uma sala de partos, mais concretamente do local de referência para alguns casais, visto que desempenho funções nesse mesmo local e foi-me possível perceber toda esta atuação em alguns casais que voltei a encontrar durante o estágio com relatório. Foi importante incentivar as grávidas durante as consultas de vigilância pré-natal a fazerem o seu plano de parto e apresentarem-no aquando da sua admissão na maternidade. É importante referir que foi elaborado um plano de parto adequado ao Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia, segundo indicações de OMS e da APEO, que se encontra em Apêndice IX. Através das atividades realizadas no ECIII, identifiquei expectativas da grávida\casal acerca do plano de parto na consulta de vigilância da gravidez, estabelecendo uma relação de confiança, dando a conhecer o plano de parto, estabelecendo relações de confiança com os casais, procurando ser o elemento de referência nos cuidados especializados que prestei. Aplicando o guião de interação às grávidas que recorreram à consulta de enfermagem da UCSP (apêndice IV), tive a oportunidade de adquirir dados fundamentais para o trabalho a desenvolver no estágio com relatório, pois selecionei grávidas em que o seu parto iria decorrer no meu local de estágio e em que a data provável do parto coincidissem com este mesmo período.

A caracterização sociodemográfica das grávidas selecionadas está descrita no quadro nº1. Verifica-se que as mulheres tinham idades compreendidas entre 17 e 42 anos, eram de nacionalidade portuguesa, angolana, brasileira, cabo-verdiana, guineense, paquistanesa e ucraniana,

residentes nos concelhos de Sintra e Amadora (permanente ou temporariamente). Em termos de formação académica é bastante diversificada desde o segundo ciclo até à licenciatura, estando a maioria em situação laboral ativa.

Idade	Nacionalidade	Residência	Escolaridade	Profissão
19	Cabo-Verde	Queluz	Secundário	Estudante
22	Guiné-Bissau	Amadora	3º Ciclo	Empregada limpeza
36	Brasil	Amadora	3º Ciclo	Esteticista
42	Portugal	Cacém	3º Ciclo	Assistente Operacional
27	Ucrânia	Rio de Mouro	Licenciatura	Lojista
29	Angola	Reboleira	Secundário	Esteticista
18	Portugal	Amadora	Secundário	Estudante
26	Guiné C.C.	Damaia	2º Ciclo	Desempregada
17	Portugal	Sintra	Secundário	Estudante
35	Portugal	Tercena	Licenciatura	Professora
23	Paquistão	Amadora	3º Ciclo	Desempregada
40	Portugal	Queluz	Secundário	Empregada limpeza
24	Angola	Reboleira	Licenciatura	Bancária
28	Cabo-Verde	Rinchoa	2º Ciclo	Cozinheira
30	Portuguesa	Cacém	Secundário	Operadora de Call Center

Quadro nº 1 – Caracterização sociodemográfica das grávidas que recorreram à consulta na UCSP.

Em termos de informação clínica, esta está descritos no quadro nº2. Foram escolhidas as grávidas que me permitiram monitorar a sua evolução e os resultados da minha atuação. Mais de metade das mulheres referiu não ter conhecimentos sobre a mobilidade da pélvis e os seus benefícios, embora as grávidas de origem africana referissem que aquando do seu primeiro filho estiveram de pé durante o parto. Apesar dessa experiência não têm pretensão de o fazer numa próxima vez. Grande parte das grávidas selecionadas estava a frequentar o CPP da UCSP ou pretende fazê-lo.

IG	IO	Local Parto	Conhecimento sobre mobilidade	Frequentar CPP	Pretensão de mobilidade
25s 3d	0000	H.	Não	Sim	Não sabe
33s 4d	1011	H.	Sim	Não	Não
18s 6d	1112	H.	Sim	Inscrita	Sim
32s 3d	1001	H.	Não	Não	Não
17s 6d	1011	H.	Não	Inscrita	Não sabe
24s 2d	1001	H.	Sim	Sim	Sim
18s 5d	0000	H.	Não	Inscrita	Não sabe
22s 4d	1001	H.	Não	Inscrita	Não sabe
30s	0000	H.	Sim	Sim	Sim
21s 3d	1011	H.	Sim	Inscrita	Sim
34s	0000	H.	Não	Não	Não
19s 2d	2002	H.	Não	Inscrita	Não sabe
20s 3d	0000	H.	Sim	Inscrita	Sim
26s 5d	1011	H.	Não	Sim	Não sabe
33d 2d	0000	H.	Sim	Sim	Sim

Quadro nº 2 – Dados da história clínica para aplicação no estágio com relatório.

Considero que adquiri e desenvolvi competências relacionadas com a vigilância, avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, procurando promover a saúde da mulher no período pré-natal e prevenindo complicações, principalmente através da identificação de necessidades de educação para a saúde e procurando momentos de prestação de cuidados para abordar diferentes temáticas como a deambulação, posições verticalizadas e seus benefícios.

A monitorização de situações de induções do trabalho de parto no EC III permitiram desenvolver as minhas competências relativamente à avaliação da cervicometria, monitorização e interpretação da Cardiotocografia, bem como permitiu também a promoção de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e aconselhar a grávida em decisões relacionadas com o seu parto, nomeadamente posição e mobilidade durante o trabalho de parto. Através da utilização do guião orientador da narrativa das grávidas em indução do trabalho de parto (apêndice

V) consegui perceber que a informação sobre o tema advinha do interesse da grávida ou do que foi aprendido no CPP, ou seja, independentemente da nacionalidade da grávida ou da experiência anterior, a aplicação da mobilidade durante a indução do trabalho de parto ou posteriormente durante o primeiro estágio do trabalho de parto está relacionado com os desejos intrínsecos da mulher e do seu grau de escolaridade. Parece que quanto mais instruída é a mulher maior a necessidade de aprendizagem dos benefícios da mobilidade no trabalho de parto e parto.

Idade	Nacionalidade	Residência	Escolaridade	Profissão
33	Cabo-Verde	Amadora	2º ciclo	Empregada Limpeza
23	Portugal	Mem Martins	3º ciclo	Empregada balcão
39	Portugal	Massamá	Secundário	Lojista
24	Guiné C.C.	Damaia	2º ciclo	Desempregada
36	Portugal	Rio de Mouro	Secundário	Restauração
37	Ucrânia	Amadora	Licenciatura	Rececionista
23	Portugal	Tercena	Secundário	Assistente dentária
23	Brasil	Queluz	Secundário	Esteticista
28	Portugal	Belas	Licenciatura	Tec. Farmácia
36	Portugal	Amadora	3º ciclo	Doméstica

Quadro nº 3 – Caracterização sociodemográfica das grávidas em indução no serviço Materno-fetal.

IG	IO	Plano Parto	Adesão mobilidade durante indução	Frequência CPPP	Pretensão mobilidade 1º estágio TP
40s 2d	4004	Não	Não	Não	Não
41s 3d	0010	Sim	Sim	Sim	Sim
40s 1d	2022	Não	Sim	Não	Sim
40s 3d	0000	Não	Não	Não	Não
40s 1d	1011	Não	Sim	Não	Sim
41s 1d	2012	Não	Sim	Sim	Sim
42s 3d	0000	Sim	Sim	Sim	Sim
40s 4d	0101	Não	Sim	Não	Sim
40s 1d	0000	Sim	Sim	Sim	Sim
41s	1001	Não	Sim	Não	Sim

Quadro nº 4 – Dados relevantes sobre as grávidas em indução no Serviço Materno-fetal.

4.2 Competências desenvolvidas no período Intra-Natal

O EE ESMO que cuida do bem-estar materno-fetal no BP, deve estar sensibilizado para o uso de diferentes tipos de estratégias não farmacológicas de modo a promover o conforto, potenciar a saúde materno-fetal e estabelecer uma verdadeira relação de ajuda (Creehan e Simpson, 2008). É importante ter consciência deste fato, porque o trabalho de parto e parto, para além de dependerem de um conjunto de fenómenos fisiológicos, dependem também de fatores psicológicos da parturiente. A resposta psicológica varia segundo o estágio do TP e pode influenciar a percepção dolorosa (o limiar da dor, a percepção individual da dor e as suas expressões verbais e não verbais variam segundo as origens culturais, étnicas ou sociais), a ansiedade, a capacidade para enfrentar o stress e o medo, a autoconfiança, as atitudes e expectativas sobre o parto, a experiência de partos anteriores, a frequência de CPP e apoios (pessoas significativas). Nesta perspetiva, o plano de cuidados deve ser reestruturado, adaptado às necessidades da grávida, negociado de modo a preservar e respeitar a diversidade cultural e a promover o bem-estar, a segurança e

qualidade dos cuidados prestados, oferecendo à mulher e acompanhante significativo, uma experiência de parto positiva.

A aquisição de competências nesta área da multiculturalidade é primordial, uma vez que para além de prestar cuidados a população imigrante, também faz parte dos meus projetos profissionais imergir noutras culturas e nelas prestar cuidados especializados na área de saúde materna e obstetrícia. A enfermeira orientadora era conhecedora das diferentes culturas tendo ela também uma vasta experiência nesta área da multiculturalidade.

O desenvolvimento de competências culturais no âmbito do EC foi-se revelando através da capacidade de promover uma dinâmica assistencial (ter os conhecimentos, as competências e as habilidades) adequada à diferença e que me permitiam prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais da mulher. Gradualmente fui recolhendo dados de âmbito cultural nos contatos efetuados, tentei sempre que possível adaptar os cuidados de forma a serem congruentes com a cultura da parturiente, sentindo que o fato de mostrar disponibilidade aumentava a satisfação da mulher/casal, individualizava o plano de cuidados, aceitava os papéis de género e através da observação e pesquisa fui compreendendo a dinâmica familiar das parturientes.

A competência cultural implica por parte do profissional ter de desenvolver capacidades de comunicação e negociais bem como competências relacionais não só com as utentes como também com a equipa multidisciplinar.

Sempre que possível acompanhei os casais desde a admissão, vigiando o TP e realizando todos os procedimentos técnicos necessários, baseando a minha atuação no estabelecimento de relações empáticas, de confiança, procurando dar resposta às suas necessidades, permitindo-lhes liberdade para decidirem sobre a sua experiência do nascimento, garantindo a segurança tanto da mãe como do RN. A humanização do parto foi o meu guia na prestação de cuidados especializados durante o acompanhamento dos casais na vivência saudável e positiva do processo de maternidade/paternidade. O processo de negociação foi uma realidade, transmitindo segurança durante toda a minha atuação/vigilância indo ao encontro das expectativas do casal, proporcionando um ambiente protetor e de apoio, promovendo a expressão de sentimentos positivos ou negativos.

Em todos os momentos procurei proporcionar uma experiência positiva aos casais pelo envolvimento num ambiente de apoio e sensibilidade, promovendo a participação ativa de ambos nos esforços expulsivos, na laqueação do cordão umbilical e no momento do nascimento do RN, possibilitando-lhes a oportunidade de realizarem contato pele-a-pele sempre que desejaram. Considero fundamental a relação de confiança que o EE ESMO estabelece com o casal, atendendo que o modo como cada família vive o parto é único e isso irá influenciar a sua adaptação ao seu novo papel e ao bebé (Kitzinger, 1995).

Em suma, realizei o parto em ambiente protetor, respeitando a individualidade de cada casal e as normas de conduta do EE ESMO, o que significa garantir as adequadas condições de saúde para a mãe e RN, realizando interações necessárias ao RN, favorecendo a primeira adaptação à mama, para uma experiência positiva de amamentação. A continuidade de cuidados foi minha preocupação, o que assegurei através da realização de registos de enfermagem fidedignos e oralmente aquando da passagem de ocorrências, individualizando as atividades que desenvolvi de acordo com a especificidade de cada situação e de cada casal.

Durante o 3º estágio do TP procedi à vigilância e condução da dequitação, mantendo uma atitude expectante, evitando manobras intempestivas e aguardando que o processo fisiológico ocorresse, sustentando a minha atitude no que é preconizado pela OE (2010), implementando e avaliando intervenções à parturiente em caso de retenção placentar, efetuando em caso de urgência a extração manual e revisão uterina. Aquando da dequitação procedi à sua verificação garantindo a integridade de cotilédones e membranas. Verifiquei a presença do Globo de Segurança de Pinard e inspecionei o canal de parto, realizando técnicas de reparação da sua integridade, sempre que necessário, referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação. A realização de episiorrafias e sutura de lacerações do períneo foi uma experiência importante, pois estas técnicas são fundamentais na recuperação, bem-estar e conforto da mulher no pós-parto. Depois de instalar a díade no recobro e garantir o conforto de ambos realizei os registos de enfermagem inerentes ao parto, promovendo a expressão de sentimentos num ambiente de

apoio, assumindo a decisão de transferir mãe e bebé para o recobro, mantendo a sua vigilância.

Durante o Estágio com Relatório a grande maioria das utentes a quem tive oportunidade de prestar cuidados recorreu ao serviço de urgência por início de trabalho de parto ou patologias associadas à gravidez, nomeadamente ameaça de parto pré-termo, hemorragias vaginais no segundo e terceiro trimestre, pré-eclampsia, entre outros. Tive também a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulheres em situação de aborto espontâneo e interrupções médicas da gravidez. Foi sempre minha intenção durante a minha prestação de cuidados transmitir segurança, proporcionar um ambiente agradável permitindo à mulher grávida que recorreu a um serviço de urgência verbalizar dúvidas e medos, atuando de forma a tranquilizá-la, desenvolvendo relações terapêuticas eficazes com a mulher/família, utilizando sempre a educação para a saúde como um meio no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e a tomada de decisões informadas sobre os seus cuidados de saúde.

O acolhimento constitui um cuidado de enfermagem que engloba uma vertente relacional muito importante e tem como objetivo facilitar a adaptação do utente e dos seus familiares ao meio hospitalar diminuindo o carácter negativo da hospitalização. Para tal é necessário conhecer o alvo dos cuidados e aceitá-lo tal como ele é, tendo em conta os seus hábitos, valores e crenças. Sempre que me foi permitido acompanhei a grávida/acompanhante desde o momento da admissão, vigiando o trabalho de parto e realizando todos os procedimentos técnicos necessários, baseando a minha atuação no estabelecimento de relações terapêuticas eficazes.

O facto de exercer funções no mesmo hospital onde decorreu o “Estágio com Relatório” fez com que pudesse avaliar posteriormente os casais a quem prestei cuidados, perceber como estava a ser vivenciado o processo de transição para a parentalidade, pois tive a possibilidade de constatar que fui considerada, frequentemente, como um elemento de referência para os casais a quem cuidei. Estes casais solicitavam-me ajuda e demonstravam confiança nos meus cuidados aquando da visita no internamento de Puerpério, o que me permitiu observar os ganhos em saúde que conseguira para estes casais, assim como pude obter uma satisfação pessoal relacionada com a minha competência

profissional. Infelizmente não posso afirmar que todas as situações que tive culminaram em experiências saudáveis, no entanto tive que aprender a conseguir gerir emoções no trabalho de parto e parto, relacionadas com os medos, a dor, a incerteza.

Tive sempre como preocupação promover a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto, parto e puerpério, a deambulação da grávida sempre que possível, a ingestão de líquidos, a utilização da bola de pilatos, a musicoterapia, o contacto imediato pele a pele do recém-nascido após o parto e o aleitamento materno precoce. Neste Estágio com Relatório tive ainda a oportunidade de desenvolver competências na avaliação obstétrica (avaliação cervical, progressão da apresentação, características da bacia obstétrica, variedade do feto, posicionamento da mulher), identificando eventuais anomalias no trabalho de parto e sabendo encaminhar para o obstetra quando necessário.

A par do tema deste relatório, desenvolvi também competências na condução do trabalho de parto, assim como no alívio da dor através de técnicas não farmacológicas (duche quente, deambulação e bola de pilatos que implicam mobilidade da pélvis) e técnicas farmacológicas (analgesia loco-regional e sistémica).

Muitos dos casais que acompanhei fizeram-se acompanhar de um plano de parto escrito, alguns com o plano de parto referido no apêndice IX, onde referiram algumas escolhas nomeadamente a presença de acompanhante durante o TP, ter privacidade, poder mudar de posição durante o TP, deambular, tomar banho, ingerir líquidos, corte do cordão umbilical por um dos elementos e aleitamento na primeira hora de vida, que sempre respeitei atuando de acordo com a vontade previamente referida.

Foi também neste sentido que para além de ter como objetivo adquirir competências que me permitissem prestar cuidados especializados à mulher, tomei como missão durante o meu percurso sensibilizar a equipa multiprofissional para a prática de cuidados de saúde de excelência visando um atendimento humanizado e diferenciado. Abreu (2003) refere que a situação em que nos encontramos atualmente é a de uma tomada de consciência progressiva sobre a qualidade e a excelência, mas a qualidade dos cuidados de saúde não está só dependente de tecnologias de mudança, sobretudo da transformação do sistema humano, do cumprimento de critérios, da responsabilização, da

organização e das teias de relações entre os atores sociais. Para esta sensibilização demonstrei a importância do projeto que me propus trabalhar à equipa multiprofissional. Fi-lo ou através de uma sessão de formação (EC III – Cuidados de Saúde na Comunidade) ou de forma individual recorrendo a demonstrações na prática. Senti necessidade assim de motivar os diferentes elementos da equipa multiprofissional nos vários ensinamentos clínicos e aproveitei o facto da equipa de enfermeiros do Bloco de Partos onde decorreu o estágio ter realizado a formação específica “Parir em Movimento” da Núria Vives.

Considero que assumi uma postura empática, de relação de ajuda e não assumindo juízos de valor sobre os valores culturais ou escolhas individuais. Procurei sempre adquirir informação relativamente à parturiente de forma a transmitir informação pertinente, avaliando o momento oportuno para intervir utilizando estratégias e linguagem adequadas. Baseei sempre a minha conduta no estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher/família, respeitando as suas capacidades, as suas crenças, os seus valores e os seus desejos individuais, orientando e apoiando no seu projeto de maternidade/paternidade. Também para a consecução deste objetivo foi primordial a Educação para a Saúde, esclarecendo dúvidas e fornecendo informação pertinente e adequada às necessidades de cada parturiente e acompanhante.

O acompanhamento da parturiente durante todo o trabalho de parto foi um desafio muito gratificante, permitindo o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e acompanhante, aperfeiçoando a utilização das técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do trabalho de parto foram trabalhados durante todo o ensino clínico, permitindo uma autonomia crescente em todas as atividades desenvolvidas.

Contribuí para o empowerment da mulher, promovendo a sua decisão informada. Pela experiência obtida, para muitas mulheres, este seria o primeiro contacto com o ambiente hospitalar – muitas vezes relacionado com processos de doença. Por ser o ambiente onde iriam passar grande parte deste momento marcante associando o facto de estar com profissionais que não conhecem (e com quem não estabeleceram qualquer relação prévia), os níveis de ansiedade

e medo podem aumentar, podendo traduzir-se num aumento da duração do TP, complicações durante o parto ou a desencadear necessidade de executar partos distócicos (Federación De Asociaciones De Matronas De España, 2009). Este foi um fator que mereceu alguma reflexão, as mulheres grávidas, principalmente nas primigestas, recolhiam informações sobre TP e parto de várias fontes: na internet, na vizinha, na amiga, na família, que pode ser a avó, a mãe ou aquela que recentemente teve um filho – para muitas, o único contacto com crianças e com a parentalidade terá sido com os seus próprios pais (Canavarro, 2006). Se os média continuam a representar, frequentemente, o parto associando-o a gritos-dor, as experiências negativas das mulheres confirmam-no, ao contrário das positivas que são facilmente esquecidas ou nunca partilhadas, alimentando o medo pelo desconhecido ou pela “dor de parto” (Saito & Gualda, 2002). Mas o contrário também se verificou: quando existia contato com a mulher que teve um parto que ela considera “maravilhoso” a grávida ficava a desejar que o seu também o seja. No confronto com a realidade, as dúvidas sobre a fisiologia do TP, o desconhecido, o facto de não estar a corresponder com o que lhe foi dito, trazem à tona o medo e a ansiedade.

A minha experiência mostra que a interação que se tem com o casal desde a sua admissão vai determinar o sucesso do parto, ou seja, a relação terapêutica será melhor estabelecida. Quanto mais esse casal, ou essa mulher, se sentirem seguros e confiantes neles próprios e no profissional que os acompanha, mais facilmente são empoderados e, logo, os paros tendem a ser mais satisfatórios para as mulheres. Por outro lado, verifiquei que, ao manter esta relação de proximidade com o casal, qualquer intervenção necessária para a eficácia do parto seria melhor aceite e todas as dúvidas, incertezas, sensações e sentimentos eram partilhados, facilitando a humanização do parto.

Aplicando o guião de interação a parturientes que recorreram ou se encontravam no Bloco de Partos (apêndice VI), tive a oportunidade de adquirir informação fundamental para desenvolver este relatório, pois selecionei algumas grávidas com as quais tive um contato prévio no centro de saúde e outras com as quais me foi possível abordar o tema deste projeto ou perceber que conhecimento tinham adquirido durante a gravidez.

A caracterização sociodemográfica das parturientes selecionadas está descrita no quadro nº5. Verifica-se que as mulheres tinham idades

compreendidas entre 18 e 42 anos, de nacionalidade portuguesa, angolana, brasileira, cabo-verdiana, guineense, paquistanesa e ucraniana, residentes no concelho da Amadora (permanente ou temporariamente). Em termos de formação académica é bastante diversificada desde o segundo ciclo até a licenciatura, estando na maioria em situação laboral ativa.

Idade	Nacionalidade	Residência	Escolaridade	Profissão	Intervenção UCSP
42	Portugal	Cacém	Secundário	Lojista	Não
18	Portugal	Amadora	Secundário	Estudante	Sim
26	Portugal	Queluz	3º ciclo	Emp. Balcão	Não
26	Portugal	Amadora	Secundário	Secretária	Não
37	Brasil	Cacém	3º Ciclo	Desempregada	Não
35	Portugal	Tercena	Licenciatura	Professora	Sim
21	Guiné Bissau	Cacém	2º ciclo	Emp. Balcão	Não
32	Angola	Rinchoa	3º ciclo	Lojista	Não
34	Guiné C.C.	Amadora	2º ciclo	Emp. limpeza	Não
24	Guiné Bissau	Cacém	2º ciclo	Cozinheira	Não
23	Paquistão	Amadora	3º ciclo	Desempregada	Sim
25	Cabo-Verde	Mercês	2º ciclo	Restauração	Não
27	Senegal	Amadora	2º ciclo	Emp. limpeza	Não
36	Ucrânia	Queluz	Licenciatura	Enfermeira	Não
35	Portugal	Queluz	Secundário	Esteticista	Não

Quadro nº 5 – Caracterização sociodemográfica das parturientes que recorreram ao Bloco de Partos.

A informação clínica essencial, recolhida através da história clínica, é descrita no quadro nº 6. Foram escolhidas as parturientes a quem prestei cuidados nas consultas de enfermagem durante o período pré-natal na UCSP e as parturientes que me permitiram monitorar a sua evolução e os resultados da minha atuação durante o primeiro estágio do trabalho de parto e parto. A maioria das mulheres não frequentou um curso de PPP, referiu não ter conhecimentos sobre a mobilidade da pélvis e os seus benefícios, embora algumas grávidas tenham referido que num parto anterior tenham estado de pé durante o trabalho

de parto, majoritariamente mulheres de origem africana. Apesar dessa experiência não relacionam a mobilidade/deambulação com o avançar do trabalho de parto ou eventuais mais valias que daí advém. Após a minha abordagem ao tema, a grande maioria das parturientes mostra-se recetiva e participou nas atividades propostas. Das três mulheres de quem cuidei no centro de saúde (e a quem posteriormente prestei cuidados no BP), em apenas uma não se verificaram resultados favoráveis, tal devendo-se à barreira linguística e a toda a ansiedade e receio por parte desta face ao desconhecido.

IG	IO	CPP	Plano Parto	Experiências anteriores	Conhecimento mobilidade	Adesão mobilidade	Analgesia epidural	Dados parto
39s5d	1011	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Eutócico
40s 1d	0000	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Eutócico
39s 4d	1011	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Eutócico
36s 4d	0000	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Eutócico
40s 2d	1021	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Eutócico
39s 6d	1011	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Eutócico
41s 1d	1012	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Eutócico
40s 4d	2002	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Eutócico
41s 1d	4013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Eutócico
38s 4d	0000	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Eutócico
40s 3d	0000	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Distócico
39s 2d	0010	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Eutócico
38s	2002	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Distócico
38s 1d	1001	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Eutócico
39s 2d	0111	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Eutócico

Quadro nº 6 – Dados relevantes para aplicação no relatório.

Durante o estágio com relatório foi oferecida à mulher e acompanhante a oportunidade de usufruir de meios não farmacológicos de alívio da dor disponíveis na instituição, sejam elas técnicas respiratórias de relaxamento, massagem – que frequentemente eram ensinadas aos acompanhantes, para que pudessem aplicar naquele momento: deambulação, posicionamentos, exercícios na bola de parto ou na meia bola – que eram ensinados ou lembrados, caso os tenham aprendido nos CPP – musicoterapia e hidroterapia em chuveiro, bem como era permitido ou facilitada a adoção de outros métodos que lhes fossem convenientes ou aos familiares.

Felizmente, foi possível a realização destes métodos durante a prática clínica, posso aferir que, mesmo com a analgesia por via de cateter epidural e com a monitorização CTG contínua, a evolução do TP, a descida da apresentação e o momento do parto sofriam benefícios bastante positivos com a utilização destes métodos. A mulher e o acompanhante sentiam-se menos ansiosos e impacientes, quando comparados com aquelas que optavam por passar grande parte do TP deitadas na cama, culminando numa maior satisfação durante todo este processo. O facto de os CPP serem cada vez mais utilizados e envolverem as mulheres na utilização destas medidas, tornava-as familiarizadas com as mesmas, facilitando a adesão e potenciando o autocontrolo durante o TP.

4.3 Competências desenvolvidas o período Pós-Natal

Sendo esta a fase de readaptação do organismo materno, importa manter uma vigilância cuidada de forma a antecipar possíveis complicações, agindo em conformidade.

Para este objetivo específico as atividades que desenvolvi passaram por garantir um acompanhamento das tríades, durante as diferentes etapas do internamento durante o EC II. Dado que exerço funções na Sala de Partos da mesma Instituição onde decorreu o referido EC (Internamento de Puerpério) tive oportunidade de manter contacto com os casais/RN, acompanhando-os até ao momento da alta hospitalar. Tal como preconizado pela OE (2019) na competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”, implementei e avaliei intervenções de promoção, apoio e proteção do aleitamento materno, introduzindo medidas corretivas necessárias. Procurei promover a saúde mental do casal na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável através da manutenção de um ambiente de cuidar protetor e facilitador da expressão de sentimentos, implementando e avaliando medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera incluindo os conviventes significativos, facilitadoras da recuperação pós-parto. Consegui desta forma uma compreensão holística da sua experiência no processo de transição para a parentalidade e tive oportunidade de perceber de que forma a vivência do TP e parto influencia a vinculação entre mães-bebés. Foi interessante percecionar a

forma como o contacto pele-a-pele e a adaptação à mama na primeira hora de vida atuam como fatores facilitadores no processo de amamentação e vinculação. Sinto que fortaleci a relação terapêutica com os casais a quem realizei o parto, e pude desta forma ir adequando a minha prestação de cuidados às suas reais necessidades, promovendo cuidados especializados de qualidade.

Através da utilização do guião orientador da narrativa nas puérperas internadas durante o EC II (apêndice VII) e nas puérperas na consulta de revisão pós-parto na UCSP (apêndice VIII) consegui perceber as intervenções realizadas pelo EESMO durante o trabalho de parto e parto e a percepção com que as mulheres ficaram dessas mesmas intervenções, assim como do seu resultado.

IO	Frequência CPP	Adesão mobilidade durante TP	Intervenções EESMO	Dados parto
0000	Sim	Sim	Hidroterapia; Bola de pilatos; massagem	Eutócico
1102	Não	Sim	Hidroterapia; “lentilha”	Eutócico
1001	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
0000	Sim	Não	Sem intervenção	Eutócico
2002	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
1011	Não	Não	Sem intervenção	Eutócico
1001	Não	Sim	Hidroterapia; deambulação	Eutócico
0000	Sim	Sim	Deambulação	Distócico
3013	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
0000	Sim	Sim	Hidroterapia; “lentilha”	Eutócico

Quadro nº 7 – Dados relevantes sobre as puérperas internadas durante o EC II.

IO	Frequência CPP	Adesão mobilidade durante TP	Intervenções EESMO	Dados parto
1011	Não	Sim	Hidroterapia; deambulação	Eutócico
1001	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
2012	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
1122	Não	Não	Sem intervenção	Eutócico
1001	Sim	Sim	Hidroterapia; deambulação	Eutócico
1011	Não	Sim	Deambulação	Eutócico
3012	Não	Não	Sem intervenção	Eutócico
0000	Sim	Sim	Hidroterapia; Bola de pilatos; massagem	Eutócico
0000	Sim	Sim	Hidroterapia; deambulação	Eutócico
1001	Não	Não	Sem intervenção	Eutócico

Quadro nº 8 – Dados relevantes sobre as puérperas na consulta de revisão pós-parto na UCSP.

O puerpério é um período de 6 semanas após o parto, em que ocorre um retorno das alterações anatômicas e fisiológicas inerentes à gravidez (Centeno, 2005) e no qual se verificam readaptações na dinâmica familiar, ocorrendo uma redefinição de papéis.

De acordo com o regulamento de competências considera-se que uma das áreas de intervenção própria do EE ESMO é a assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o puerpério. A sua principal competência centra-se no cuidar “à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2019). Deste modo, as minhas intervenções visaram o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, de forma personalizada, tendo em conta as necessidades de cada puérpera/RN/família com que tive contato tanto no serviço de internamento como nas consultas de revisão de puerpério no centro de saúde, despistando

eventuais situações de risco e complicações e paralelamente melhorar a saúde e bem-estar.

Durante os ensinamentos clínicos em que prestei cuidados a puérperas (internamento e consulta) tive a oportunidade de vivenciar diversas experiências que foram enriquecedoras para a minha formação. Como exerço funções neste hospital e mantenho um contato inicial com a grávida/puérpera ainda no Bloco de Partos, alcancei imediata autonomia na prestação dos cuidados, e como as mesmas contatavam comigo anteriormente consegui estabelecer uma relação empática e terapêutica benéfica. Segundo Graça (2010, p.162):

“o EE ESMO deve aperfeiçoar as suas competências na utilização da comunicação terapêutica, de modo a estabelecer o relacionamento com a grávida e pessoas significativas de forma efetiva, com o objetivo de proporcionar apoio, conforto, informação e estimular a confiança.”

Neste serviço de internamento de puérperas verifica-se uma população muito abrangente e complexa, englobando várias etnias e culturas. Desde mulheres muçulmanas, africanas, indianas, brasileiras, dos países de leste, chinesas e de etnia cigana. A forma como a gravidez e o papel parental é vivenciado, tem variado ao longo dos tempos, pois segundo Canavarro (2006) a forma como a cultura e a sociedade percecionam a maternidade tem grande impacto na experiência de gravidez e maternidade. A figura do pai também é influenciada pela cultura, sendo igualmente importante compreender de que forma esta influência é traduzida no acompanhamento que faz do parto.

A gravidez e o pós-parto são um processo que modificam irremediavelmente a identidade, o papel e as funções da mulher e do casal. Para além de ser um fenómeno biológico e psicológico, também é um fenómeno social e cultural. Para tal, tive de recorrer à minha experiência enquanto enfermeira desta instituição e aos cuidados culturalmente sensíveis que presto diariamente, aliando ao trabalho que fui desenvolvendo para o estágio com relatório para melhorar a minha atuação perante as mulheres e família durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério. Encontrar estratégias para colmatar o obstáculo da comunicação foi, e é na minha prática diária um desafio. Para tal utilizava por vezes gestos, intermediários ao nível da comunicação como os familiares próximos que compreendessem português e no caso das mulheres que compreendiam inglês, utilizava a língua inglesa como forma de comunicação. Ao

colocar em prática estratégias para a resolução das necessidades sentidas pela puérpera/casal através da promoção da escuta ativa, disponibilidade e empatia, tinha o intuito de prestar cuidados individualizados aos mesmos. Desta forma, permitiu-me desenvolver uma relação de confiança com os mesmos, sendo mais fácil realizar educação para a saúde abrangendo diversas temáticas.

Tendo em conta a natureza da informação a transmitir e o público-alvo, fui realizando sessões de educação para a saúde individualmente à puérpera/casal de modo a abordar temas inerentes a esta fase, dando ênfase às suas necessidades, de modo a que estas fossem colmatadas, permitindo a reflexão sobre as atitudes, bem como, a mudança de comportamentos.

Prestar cuidados de enfermagem especializados no puerpério foi muito satisfatório pois fez-me sentir como parte integrante e facilitadora deste processo de transição e conseguimos ver num curto espaço de tempo alguns frutos do nosso trabalho espelhados na evolução de competências adquiridas pela mulher e pessoa significativa que vão gradualmente adquirindo mais confiança e realização na interação e vinculação com o seu filho, bem como na prestação de cuidados mais objetivos. Verifiquei que a par dos sinais de alarme do recém-nascido, a conjugalidade na transição para a parentalidade é um tema para o qual a generalidade dos casais se encontra muito recetivo e colocam muitas questões, principalmente no que diz respeito ao retomar das relações sexuais no período pós-parto. De entre todas as transições que acompanham a nossa existência de adultos tais como, por exemplo, a entrada no mercado de trabalho ou a independência relativamente à família de origem, a transição para a parentalidade destaca-se por várias razões. É muito gratificante receber manifestações de agradecimento por nos considerarem elementos preciosos e fundamentais para o sucesso desta etapa das suas vidas o que demonstra que efetivamente desempenhámos um trabalho sólido e eficaz e que respondemos às suas reais necessidades com sucesso.

Relativamente à puérpera/família escolhida para realizar um acompanhamento após a alta, a concretização da visita domiciliária foi uma mais-valia para a continuidade dos cuidados e possibilitou uma melhor avaliação dos cuidados prestados durante o internamento. A planificação desta atividade foi muito importante pois permitiu-me esquematizar este tipo de intervenção para num ensino clínico posterior o poder aplicar de forma mais eficaz. Gostava de

salientar que a visita domiciliária não é efetuada nesta unidade de puerpério por contingências institucionais, financeiras e de recursos humanos, tal como é notório ao nível de rácio enfermeiro-puérpera estabelecido para cada turno, contudo é importante refletir que esta política negligencia a prevenção primária que conduziria a menores gastos económicos e maiores ganhos em saúde

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo a OE (2019) Especialista é um enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Cuidar de pessoas, leva-nos sempre a questões éticas e morais. Explorar os desejos da grávida\casal, e apesar da relação terapêutica estabelecida, pode tornar-se demasiado invasiva, pelo que devemos ter em conta o respeito pela sua intimidade de modo a não levantar questões ou dúvidas sobre a sua conduta em determinada situação. Segundo as competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2019) este desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. As estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com o cliente. Desta forma, seria impossível colocar de lado os cinco princípios éticos que regem os cuidados: Princípio da Beneficência é o dever de fazer o bem e evitar o mal. Refere-se à obrigação de maximizar os benefícios previsíveis e minimizar os possíveis riscos e mau estar; o princípio da Autonomia, baseia-se no facto de cada pessoa ser única, possuir dignidade e ser dotada de liberdade e de responsabilidade pessoal; princípio da Veracidade este princípio refere-se ao princípio de dizer a verdade, não mentir nem enganar os outros sendo a base da confiança; o princípio da Confidencialidade/Privacidade encontra-se presente quando uma pessoa revela informação a outra com a expectativa de que quem a recebe não a irá divulgar sem autorização. A privacidade é a condição de acesso limitado a uma pessoa ou à sua informação.

Em toda e qualquer intervenção com seres humanos as questões éticas têm de estar sempre presentes, o investigador tem de se guiar por um conjunto de regras de conduta quando trabalha com pessoas. Durante a realização do EC procurei desenvolver intervenções fundamentadas na evidência científica, de forma a compreender se a prática de cuidados seria adequada atendendo aos achados teóricos resultantes da pesquisa que realizei.

De acordo com Fortin (2003), ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta da pessoa humana. A sensibilidade ética é hoje maior do que há alguns anos atrás. Este século, considerado como o século dos direitos humanos reclama maior atenção à pessoa, com a sua cultura, as suas experiências, o seu ambiente e a sua vida concreta. A ética serve a pessoa e avalia a ciência, a lei, a moral, a religião e todos os comportamentos humanos. É por isso que a ética em saúde se torna essencial. Efetuar um estágio que integrasse simultaneamente a recolha de informação com a participação de seres humanos pode levantar questões éticas e morais. O facto de querer refletir sobre comportamentos que dizem respeito à escolha de realizar ou não mobilidade da pélvis implica uma tomada de decisão baseada no juízo, no conhecimento e experiência (OE, 2010) podendo tornar-se demasiado invasivo, pelo que devemos ter em conta o respeito pela sua intimidade de modo a não levantar questões ou dúvidas sobre a sua conduta em determinada situação. Esta é própria de cada um e vivenciada pelo próprio num contexto específico e da forma que acharam mais adequada ao momento que estão a viver com todas as características que lhe são inerentes.

Enquanto enfermeira, futura EE ESMO e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, assumi o dever de manter o exercício da liberdade e autonomia, respeitando as opiniões dos utentes e capacitando a mulher/casal para que sejam capazes de exercer essa autonomia. Uma mulher/casal esclarecido decide a forma de vivenciar o parto e pode tomar decisões com base em conhecimentos e de acordo com os seus valores e cultura. Segundo Burkardt, M e Nathaniel, A. (2001), a autonomia prende-se com o princípio da liberdade e da dignidade humana, enquanto faculdade que cada pessoa tem em se reger pelas suas próprias leis. De acordo com o código deontológico do Enfermeiro (2005), o exercício profissional passa por reconhecer e respeitar o caráter único de cada pessoa, assim como a sua dignidade. Sendo a autonomia da mulher um valor ético a respeitar, a sua liberdade de movimentos, quando é da sua vontade e desejo, é não só o reconhecimento dessa mesma autonomia, como um meio de proteção e promoção do parto normal.

6. LIMITAÇÕES

Ao realizar este relatório deparei-me com algumas limitações que passarei a analisar de seguida. Segundo Polit et al (2004) os estudos nunca são concretizados de forma perfeita e completa. A primeira limitação com que me deparei foi a necessidade de atualização contínua de conhecimentos de diferentes áreas, principalmente da psicologia, sociologia e investigação. A segunda limitação deste estudo e talvez a maior é de ordem temporal, uma vez que embora este CMESMO decorra num prazo de dois anos, é durante o EC “Estágio com Relatório” que redigimos o relatório, coincidindo com o desenvolvimento de competências em bloco de partos, que constitui um período emocionalmente desafiante e de elevada necessidade de pesquisa e concentração.

Outra limitação está relacionada com alguns elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente equipa médica que não reconhecem os benefícios da deambulação e mobilidade da pélvis durante o trabalho de parto. Para ultrapassar esta limitação, utilizei a boa relação que tenho com a equipa multidisciplinar, e a minha capacidade de negociação - sempre contando com o apoio da Enfª Orientadora e com os outros membros da equipa de enfermagem. Fundamentei sempre as minhas ações e capacitei os casais para uma intervenção ativa.

Em suma, considero que apesar das limitações que senti durante o desenvolvimento do trabalho, procurei manter uma atitude positiva e “fazer a diferença”. Foi esta a minha atitude perante as dificuldades, levando sempre avante os meus objetivos e cuidados de excelência, tendo principalmente um objetivo, de empoderar a mulher, para que esta seja parte integrante do seu parto. Tive o apoio da minha orientadora e de alguns colegas que se empenharam para que conseguisse os resultados pretendidos, o que me permitiu concluir com sucesso mais uma etapa do meu desenvolvimento da formação enquanto EE ESMO.

7. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

O meu processo de aprendizagem enquanto estudante da especialidade foi um longo percurso em que me empenhei a adquirir competências que me permitiram atingir os objetivos a que me propus, ou seja, aprofundar os conhecimentos de modo a que estes se traduzam na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade à mulher/casal e RN.

Ao elaborar o relatório pretendeu-se fazer uma análise fundamentada e reflexiva sobre a minha prática de cuidados, sobre o desenvolvimento de competências não apenas técnico-científicas, mas também as relacionais. Espero também que seja um contributo para a mudança, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, de modo a torná-los mais flexíveis e adaptados às necessidades de cada mulher/família, integrando as crenças e valores inerentes à sua cultura na sala de partos e comunidade.

Segundo Northrup (1998), as atitudes da mulher em relação à gravidez chegam com ela à sala de partos, a história da sua vida influencia bastante, os seus medos mais profundos emergem e influenciam o momento. Os estudos têm demonstrado que os conflitos interiores quanto à reprodução e maternidade têm repercussão na duração do trabalho de parto e parto. Aquilo que as mulheres precisam no momento do parto é encorajamento e apoio emocional de forma a ultrapassarem com sucesso aquele momento de transição. É preciso encorajar de forma a dar autonomia, para que se sintam donas e em sintonia com o seu corpo e com o processo.

Com base na revisão da literatura, segundo Kaufman (2007), desde sempre as mulheres programaram o nascimento dos seus filhos, assim como procuraram o apoio de mulheres experientes para o momento do parto. Segundo Bainbridge (2006), é difícil para os casais associar a experiência real do parto ao seu ideal, aquele que planearam e desejaram. Ao longo dos tempos a mulher fértil tem requerido mais opções e controlo em relação ao processo do nascimento. O conceito de controlo e confiança está firmemente associado à satisfação no parto. A mulher que sente controlo durante o trabalho de parto, tem níveis de satisfação e saúde emocional até seis semanas após o parto.

Uma das minhas preocupações durante o estágio durante a vigilância do TP e parto, foi respeitar as opções e desejos da grávida\casal, esta atitude aproxima-nos, aumentando assim o nível de satisfação da grávida\casal, quebrando assim a hierarquia ou relação de poder entre o cuidador e a grávida\casal. Existem diversos fatores que contribuem para que este empoderamento seja feito, primeiro que tudo a mulher tem de estar motivada, ser detentoras de informação, assim como ter autoestima, as mulheres que demonstraram indiferença eram múltíparas, nível de instrução baixo e com barreiras linguísticas. O meu contato com as grávidas/parturientes/puérperas nas sessões do PPP e também durante os ensinamentos clínicos, leva-me a concluir que está enraizado nos valores culturais dos clientes e na nossa cultura hospitalar um certo desconhecimento em relação à autonomia durante o TP e parto.

Segundo Wagner (2006), os médicos e enfermeiros são seres humanos com opiniões resultantes das suas experiências, que podem não corresponder às expectativas das mulheres, e por isso é difícil quebrar as rotinas, o plano de parto retira os profissionais da sua zona de conforto. O desafio é autonomizar a mulher, diminuindo a discrepância de poder entre o cuidador e o receptor de cuidados.

Analisando o trabalho desenvolvido conclui-se que para obter cuidados culturalmente competentes:

- os enfermeiros necessitam de se tornar culturalmente competentes para melhor cuidar dos seus clientes;
- as mudanças que vão ao encontro das necessidades destas mulheres têm o potencial de criar serviços de saúde materna mais inclusivos e dinâmicos, aumentando os níveis de satisfação com os cuidados prestados e terá mais abertura para escutar o enfermeiro em relação à educação para a saúde;
- imergir numa experiência cultural pode ser uma maneira eficaz de atingir a competência e a sensibilidade culturais, resultando em versatilidade e flexibilidade na prática clínica, que se revela nas capacidades do “saber agir em circunstância” (Le Boterf, 1997).
- ao melhorar a consciência cultural e ao responder às expectativas e desejos da população, o EE ESMO espera prestar cuidados culturalmente específicos que são adequados a todas as mulheres que utilizam os serviços de saúde materna;

- os cuidados não culturalmente sensíveis podem implicar: falta de respeito, escassez de escolhas, apoio limitado durante o trabalho de parto, barreiras linguísticas e práticas abusivas para encurtar o trabalho de parto.

Embora as questões do parto humanizado sejam um assunto muito discutido atualmente, são “pequenos passos”, que fazem a diferença, acredito que tenha sido uma primeira abordagem muito enriquecedora pessoalmente e profissionalmente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EE ESMO tem um papel fundamental no desenvolvimento de competências/habilidades para a mulher/casal tomar as melhores decisões no seu parto, assim como despertá-los para expectativas realistas e flexíveis.

Os resultados esperados coincidiram até certo ponto com os resultados obtidos. A verdadeira liberdade é poder decidir sem condicionamento, mas é decidindo que se aprende a resolver, visto que ninguém nasce pronto e acabado. Cabe ao EE ESMO permitir que as pessoas de que cuidam exerçam a sua autonomia. Toda esta vivência foi muito importante para o meu desenvolvimento enquanto profissional e foi fundamental na compreensão holística do momento do parto.

O processo de investigação traz implicações respeitantes à profissão, sociedade, cliente e investigador. Deve contribuir para o desenvolvimento e enriquecimento do corpo de conhecimentos, bem como para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior grau de competência. Por tudo o que referi, considero ter desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais enquanto EE ESMO, fulcrais na prestação de cuidados de qualidade. Demonstrei iniciativa, interesse e motivação, bem como autonomia na prestação de cuidados que desenvolvi. Procurei acompanhar a mulher/família nas diferentes dimensões do cuidar do ciclo gravídico-puerperal, o que se revelou uma boa estratégia de desenvolvimento.

Os enfermeiros têm a perceção de que a competência cultural é importante para a melhoria dos cuidados às mulheres, e estão todos de acordo que as crenças e valores podem interferir no trabalho de parto e parto. Momentos de divulgação/contato são as consultas de referenciação, aulas de preparação para a parentalidade e divulgação nos Cuidados de Saúde à comunidade. Podemos concluir que apesar de haver esforços individuais na concretização na prática de cuidados culturalmente competentes, existe uma grande necessidade de formação nesta área, para garantir que todos os profissionais prestem cuidados promotores e facilitadores da integração multicultural.

Atualmente a diversidade cultural é uma realidade em Portugal. A cultura tem influência na saúde, na interpretação e nas respostas (comportamentos de

procura de saúde/adesão à terapêutica) do indivíduo nos cuidados de saúde. Para que os cuidados sejam eficazes, têm de refletir uma compreensão dos valores crenças, atitudes, formas de vida e visão do mundo de diversas populações e padrões de aculturação individuais (Leininger, 2002). A sala de partos é um local que possibilita o encontro com várias culturas, proporcionando momentos de partilha privilegiados com a mulher/família que permitem a aquisição da competência multicultural e onde esta é uma ferramenta essencial para a integração da mulher/família e transmissão de competências parentais adequadas à diversidade integradas no contexto português.

A Teoria Transcultural traz à tona a importância do fator cultura, capacitando o indivíduo ou grupo a efetuar atividades segundo padrões definidos por uma variação de crenças, valores e condições socioeconómicas. Ao aprofundarmos os estudos em Leininger, percebemos claramente sua aplicabilidade à saúde coletiva e a contribuição que ela traz, de forma bastante atual, para o entendimento de processos sociais referentes à saúde da mulher. Dessa forma, os constructos de Leininger fazem crer que a Teoria Transcultural é aplicável para a compreensão dos processos que envolvem as questões de género e a condição feminina no contexto da coletividade. Ao admitirmos a importância do saber social, lançamo-nos num novo modelo assistencial, fundamentado nas necessidades específicas e culturais desses grupos. Torna-se necessário, então, o aperfeiçoamento e o envolvimento do enfermeiro na incorporação de novas formas de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher, respeitando-os como seres sociais, detentores de conhecimentos. Assim, com base no conhecimento das realidades individuais e sociais, a enfermagem amplia sua compreensão diante dos processos de saúde e doença, fundamentando sua prática e suas formas de cuidar da mulher na coletividade. Conhecendo as realidades individuais e sociais, a enfermagem pode vir a buscar melhor entendimento dos processos de saúde e doença e melhorar a prática do cuidar da mulher, em suas diversas fases do ciclo de vida.

Ao EE ESMO compete promover, assistir e supervisionar os cuidados à mulher e à criança, inseridas na família/comunidade, desenvolvendo parcerias para promover a sua saúde, a do recém-nascido e a das famílias, considerando a gravidez como um acontecimento natural na vida da mulher, de acordo com a sua cultura. A sua intervenção é fundamental como suporte social formal da

mãe/recém-nascido e família culturalmente diferente, sendo essencial que os prestadores de cuidados tenham uma resposta adequada às suas necessidades.

Acrescento ainda que é extremamente importante para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência, basear a sua prática clínica na evidência científica, pois só assim podem ser garantidos conhecimentos, capacidades técnicas e um pensamento crítico. A evidência científica resultante da investigação torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, onde se incluem os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica às famílias (mães, pais e filhos), em etapas da vida tão relevantes como a gravidez, parto e puerpério.

O presente relatório permitiu-me efetuar uma importante e necessária reflexão sobre a minha conduta na prestação de cuidados diferenciados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, para a consciencialização das competências que adquiri e para seguir o caminho traçado nesta área, com características muito específicas e que promove não só a continuidade da espécie humana como o bem-estar da mulher ao longo do seu ciclo vital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu , W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a Anamenese e Recurso aos Cuidados Informais*. Coimbra: Formausau. ISBN: 978-972-8485-96-2.
- Ander-Eegg, E.; Idáñez, M. J.(1997). *Guia para desenhar projectos sociais e culturais*. 1ª ed. Lisboa, CPIHTS. ISBN: 972-97498-1-7.
- APEO (2009). *Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures: Lusociencia.
- Bezerra, M. et al (2006). Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Maio-Junho; 14(3):414-21.
- Bio, E. et al (2006). *Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto*. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 28, p. 671-679.
- Canavarro, M. et al (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora.
- Coutinho, E., Parreira, M.V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. Disponível em www.internationalmidwives.org.
- Costa, R.A., Figueiredo, B., Pacheco, A.P., & Pais, A. (2003). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 6 (26), 256-306.
- Facchiano, L.; Snyder, C. H. – Evidence-Based Practice for the Busy Nurse Practitioner: Part One: Relevance to Clinical Practice and Clinical Inquiry Process. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. [Em linha]. N° 24 (2012). [Consult. 16 fev. 2019]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d99b6ba-381c-4620-8d3a-76c5fd1b99c3%40sessionmgr111&vid=2&hid=119>>.
- Federación de Asociaciones de Matronas de Espana (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.

- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2015). *FIGO Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring: Intermittent Auscultation*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131, p.9-12.
- Figueiredo, N.S.V., et al (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. Revista, Juiz de Fora, 36 (4), 296-306.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização* (3ªEd.) Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Graça, Luís M. (2010) – Medicina Materno-Fetal. 4ªed..Lisboa: Lidel.
- ICM (2018) - *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería*. Consultado em 9/06/19. Disponível em www.internationalmidwives.org.
- Joanna Briggs Institute (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* 2014. Adelaide: JBI.
- Kaufman, Tamara (2007). *Evolution of the birth plan. The journal of perinatal education*. Vol. 16, nº3.
- Kitzinger, Sheila (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-8245-25-4.
- Lavender, T. et al (2012). *Caesarean section for non-medical reasons at term*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Acedido a 04/05/2017). Disponível em <http://clock.uclan.ac.uk/4111/7/Kingdon%20C%20%282012%29%20Cochrane%20Database%20of%20Systematic%20Reviews.pdf>
- Le Boterf, Guy (2004). *Construire les Competences Individuelles et Collectives: la Competence n'est plus ce qu'elle était*. 3ªedição. Paris: Éditions d'organization, ISBN 2-7081-3046-3.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. McGraw-Hill.
- Lopes, M. (2009) – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Vol. 7º

- Edição). (M. H. Bértolo, I. Albernaz, M. C. Durão, M. T. Leal, & A. P. Espada, Trads.) Loures: Lusodidacta.
- Macedo, P. et al (2008) As tecnologias de Cuidado de Enfermagem Obstétrica Fundamentadas pela Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. Esc Anna Nery Rev. Enferm. Jun; 12(2):341.
- Mamede, Fabiana V. et al (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Revista Anna Nery R. Enfermagem, p. 331-336. Acedido em 20 de Fevereiro de 2016 em www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf Médicas. 1997. p.127-135.
- Odent, Michel. (2002). O renascimento do parto. Tradução de Roland B. Calieros. Florianópolis: Saint Germain.
- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE
- OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE
- OE (2013). *Promover e Aplicar Medidas Não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto e Parto*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OE (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.
- OE (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovado.pdf
- OMS (1996). *Maternidade Segura, Assistência ao parto Normal: um guia prático*. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva. Genebre: Organização Mundialde Saúde
- Polit, Denise; Hungler, Berbardette. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em*

- Enfermagem*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 972-65432-09.
- Pordata (2018). *População Estrangeira com Estatuto Legal residente*. Acedido a 23/05/2018. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Populacao>
- Purnell, Larry (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais*. Loures: Lusodidacta. ISBN 9789898075284.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). *Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering*. Journal of Midwifery and Women's Health, 49, p. 489–504.
- Tomey, Ann; Alligood, Martha. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 2004
- Wagner, M. (2006). *Fish can't see water: the need to humanize birth*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. p. 25-37. Acedido em 14 de Setembro de 2018 em http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- White, J. et al (2013). *O Parto Normal: experiências de Portugal e Além-fronteiras*. Seminário de 28 Fevereiro Lisboa

APÊNDICES

Apêndice I e II
Metodologia de projeto

Titulo: Diversidade Cultural e Trabalho de Parto: Fatores Facilitadores da Mobilidade da Pélvis

O objetivo da scoping review

- Conhecer de que forma a cultura das mulheres influencia a mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto, na sala de partos

Tendo em conta a temática apresentada, a questão formulada foi:

“Qual a influência da cultura das mulheres na mobilização da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto?”, originando a mnemónica PCC descrita na tabela seguinte:

<i>P (população)</i>	Mulheres 1º estágio trabalho de parto
<i>C (conceito)</i>	Mobilidade da pélvis; cultura
<i>C (contexto)</i>	Sala de partos

Esta temática enquadra-se no âmbito das competências do EEESMO, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2019):

- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*(H2)

- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. (H3)*

H3.1.1. Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;

H3.1.2. Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto;

H3.1.3. Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos;

H3.2.5. Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.

Relativamente às Competências da *Internacional Confederation of Midwives* (ICM), enquadra-se na competência número 3, que visa uma prestação de cuidados pré-natais de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzindo a um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos (ICM, 2018).

Assim, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados culturalmente competentes à grávida/parturiente com enfoque na promoção da mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Partindo do objetivo geral defini como objetivos específicos:

- Conhecer a evidência científica atual sobre a influência das representações culturais da parturiente na mobilidade da pélvis durante o trabalho de parto, através de revisão sistemática da literatura;
- Analisar os fatores que podem interferir com a possibilidade da mobilização da pélvis durante o trabalho de parto;
- Capacitar as parturientes para a tomada de decisão;
- Avaliar a satisfação da mulher relativamente às intervenções a que foi submetida;
- Sensibilizar os enfermeiros especialistas, para os benefícios da mobilização da pélvis pelas mulheres durante no primeiro estágio do trabalho de parto.

Resultados Esperados	Tarefa	Atividades	Ensino Clínico
Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados culturalmente competentes à grávida/parturiente com enfoque na promoção da mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto	Promover a prática baseada na evidência	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Scoping Review; - Contato com EEESMO; - Realização de formação sobre o tema; - Elaboração de reflexões sobre a prática. 	
Conhecer a evidência científica atual sobre a influência das representações culturais da parturiente na mobilidade da pélvis durante o trabalho de parto, através de revisão sistemática da literatura	Promover cuidados culturalmente sensíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura; - Mobilização de conhecimentos adquiridos a nível académico e na prática. 	II III IV ECR
Analisar os fatores que podem interferir com a possibilidade da mobilização da pélvis durante o trabalho de parto	Promover cuidados culturalmente sensíveis Aprofundar conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de diagnóstico de situação nos ensinos clínicos possíveis de aplicar; - Aplicação do Guião Orientador (Apêndice I). 	II III IV ECR
Capacitar as parturientes para a tomada de decisão	Conhecer o contexto de cuidado do ensino clínico Promover cuidados culturalmente sensíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de educação para a saúde; - Realização de sessões de sensibilização. 	III IV ECR
Avaliar a satisfação da mulher relativamente às intervenções a que foi submetida	Fundamentar a pertinência do tema	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Guião Orientador (Apêndice I); - Registo de resultados; - Validação posterior dos resultados nos ensinos clínicos. 	II III IV ECR
Sensibilizar os enfermeiros especialistas, para os benefícios da mobilização da pélvis pelas mulheres durante no primeiro estágio do trabalho de parto	Promover a prática baseada na evidência	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de momentos de reflexão com a Docente orientadora da escola, Enfermeiros orientadores dos ensinos clínicos e Enfermeiros dos serviços; - Apresentação do projeto, objetivos e pertinência. 	II III IV ECR

Atividades Estágio com relatório

Resultados Esperados	Tarefas	Atividades
Adquirir conhecimentos sobre a mobilidade no trabalho de parto	Pesquisar a evidência científica para fundamentar a prática	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de revisão narrativa da literatura sobre a mobilidade da pélvis e a cultura no trabalho de parto; - Contacto com EEESMO com experiência sobre o tema; - Realização de <i>workshop</i> ou formação sobre o tema.
Conceptualizar a prestação de cuidados especializados de acordo com o referencial teórico de Madeleine Leininger	Promover o conforto e satisfação das mulheres	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura sobre os pressupostos da Teoria Transcultural; - Mobilização dos conhecimentos adquiridos na prática de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> ➤ satisfação de necessidades específicas; ➤ Controlo da dor; <ul style="list-style-type: none"> ⇒ informação sobre as modificações corporais ao longo do trabalho de parto; ⇒ preocupação em proporcionar um ambiente tranquilizador.
Implementar a mobilidade da pelvis durante o 1º		<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a Enfermeira Chefe do serviço;

estádio do trabalho de parto às parturientes atribuídas	<p>Conhecer o contexto de cuidados do Ensino Clínico</p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre as técnicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com a Enfermeira Orientadora; - Realização de diagnóstico de situação através do guião orientador formulado; - Apresentação do projeto, objetivos e pertinência do mesmo; - Obtenção do consentimento das parturientes.
Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO	<p>Contribuir para a qualidade dos cuidados prestados</p> <p>Promover a prática baseada na evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de jornais de aprendizagem, analisando criticamente as práticas, assim como reuniões com a Enfermeira orientadora do EC e da escola; - Implementação do tema no 1º estágio do trabalho de parto; - Divulgação dos resultados.

Apêndice III

Artigos selecionados e respetiva extração de dados

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de estudo	Principais Resultados/Conclusões
AWRENCE, A. et al “Maternal Position and Mobility during First Stage Labor” 2013	Avaliar o efeito do estímulo nas mulheres a assumir diferentes posições verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto, relativamente à duração do trabalho de parto e tipo de parto	25 Estudos 5218 Grávidas/ Parturientes	Através de estudos randomizados e ensaios quasi-randomizados comparou-se mulheres que utilizaram posições verticais em relação a mulheres em posição de litotomia	Revisão da Literatura	Mostrou-se evidência que posições verticais reduzem o 1º estágio do trabalho de parto; A maior parte das mulheres prefere alternância de posições e muitas escolhem estar de pé e mobilizarem-se; Com base nos resultados é recomendado que mulheres em TP de baixo risco sejam ajudadas na adoção da posição que escolherem, não devendo ser privadas da liberdade de movimentos.
THIES-LAGERGREN, L. et al. “Who decides the position for birth?” 2013	Investigar os fatores associados à adesão na mudança de posição no trabalho de parto	527 Grávidas/ Parturientes	Aplicado questionário para determinar as experiências das mulheres acerca das posições no trabalho de parto	Follow-up de um estudo randomizado	Não houve influência significativa na idade materna, estado civil ou educação; Alguns resultados sugerem que a escolha da posição pode ser determinada mais pela parteira do que pela escolha da mulher; Metade das mulheres afirmaram não ter recebido incentivo para a mudança de posição; As mulheres durante o trabalho de parto querem ser participantes na tomada de decisão; permitir a escolha de posição é uma evidência de boa prática.
REDSHAW, M. et al. “Ethnic differences in women's worries about labour and birth” 2011	Descrever as diferentes experiências das mulheres de minorias étnicas relativamente ao trabalho de parto e parto	4800 Grávidas/ Parturientes	Aplicado um questionário a mulheres nos três meses após o parto, sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto	Estudo randomizado	As preocupações das mulheres de minorias étnicas são relativas à dor, início e duração do trabalho de parto e o tipo de intervenções médicas possíveis; diversos fatores influenciam a sua perspetiva: como as experiências anteriores, informação recebida, educação e formação académica; o fato de serem emigrantes, com outra língua ou nível de literacia influencia as suas expetativas e o plano de parto; mulheres de minorias étnicas apresentam experiências e atitudes diferentes em relação ao trabalho de parto e parto.
GIZZO, S. et al “Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth?” 2014	Comparar a posição de litotomia com posições alternativas na progressão do trabalho de parto, tipo de parto, bem-estar neonatal e rotação fetal intra-parto	225 Grávidas/ Parturientes	Realizada observação a primíparas, com gravidez de baixo risco e um feto cefálico.	Estudo observacional de Coortes	Posições maternas alternativas influenciam a progressão do trabalho de parto, reduzindo a dor, o que induz a um maior número de partos vaginais e menor número de episiotomias ou cesarianas; as mulheres deveriam ser encorajadas a moverem-se e parir em posições mais confortáveis.

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de estudo	Principais Resultados/Conclusões
Glavin, K. et al. “Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers’ Experience with Health Care in Norway” 2016	Explorar as experiências das primíparas somalis com o sistema de saúde norueguês durante o trabalho de parto, parto e puerpério	10 Grávidas/ Parturientes	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais a mulheres entre os 25 e 34 anos	Quantitativo Entrevista semiestruturada	As diferenças culturais afetam a mulher durante a gravidez, trabalho de parto e parto; as enfermeiras têm um papel importante no suporte de novas mães imigrantes.
MILLER, K. et al “Comparison Between an Independent Midwifery Program and a District Hospital in Rural Tanzania” 2014	Descrever a prestação de cuidados culturalmente competentes prestados por profissionais em locais se assistência distintos	Grávidas/ Parturientes que recorrem a um hospital distrital e a uma maternidade rural	Foram realizadas entrevistas e observação a mulheres que recorram a uma maternidade rural (assistência apenas por parteiras) e num hospital distrital (assistência por obstetras e enfermeiras parteiras)	Qualitativo Observação	As decisões médicas são muitas vezes baseadas em considerações culturais; as mulheres necessitam de cuidados de saúde que transmitam segurança; a assistência prestada deve oferecer cuidados culturalmente sensíveis.
MOTTA, S. et al. “Implementation of Humanized care to natural childbirth” 2016	Analisar a implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto natural	51 Grávidas/ Parturientes	Aplicado um questionário baseado no Guia de Atenção ao parto Normal da OMS, a puérperas de parto eutócico	Quantitativo Transversal Descritivo	A prática de deambulação, utilização de bola ou banco exige, além de sensibilização e disponibilidade profissional, predisposição por parte da mulher; é importante o incentivo da parturiente para liberdade de movimentos porque diminui a dor materna, facilita a circulação materno-fetal e a descida do feto na pélvis materna; algumas parturientes desejam permanecer em repouso no leito devido ao desconhecimento do benefício desta prática; o uso da bola suíça e do banco favorece uma postura adequada e promove a mobilidade da pélvis; é importante sensibilizar a equipa multiprofissional para o cuidado humanizado e culturalmente sensível; o enfermeiro especialista em obstetrícia é capaz de direcionar e sensibilizar a equipa para o cuidar humanizado.

Apêndice IV

Guião interação grávidas que recorreram à consulta de enfermagem da UCSP

Guião Orientador da Narrativa EC III	
Objetivo	Refletir sobre de que forma a diversidade cultural das mulheres influencia a perceção da mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto
Local	Cuidados de Saúde na Comunidade - UCSP Amadora
Intervenientes	Grávidas que recorrem à Consulta de Enfermagem da UCSP da Amadora
Evento	Consulta de Enfermagem de Saúde Materna
Dados Relevantes	<p>Dados da Grávida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Nacionalidade • Residência • Profissão • Índice Obstétrico • Idade Gestacional <p>Local escolhido para o parto</p> <p>Conhecimento sobre mobilidade/posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto</p> <p>Frequência de Curso de Preparação para a Parentalidade</p> <p>Pretensão de livre posicionamento ou posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto (que impliquem mobilidade da pélvis)</p> <p>Outros dados considerados importantes</p>

Apêndice V

Guião orientador da narrativa grávidas em indução do trabalho de parto

Guião Orientador da Narrativa EC IV	
Objetivo	Refletir sobre de que forma a diversidade cultural das mulheres influencia a perceção da mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto
Local	Serviço de Internamento de Grávidas do HFF
Intervenientes	Grávidas
Evento	Indução do Trabalho de Parto
Dados Relevantes	<p>Dados da Grávida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Nacionalidade • Residência • Profissão • Índice Obstétrico • Idade Gestacional <p>Frequência de Curso de Preparação para a Parentalidade</p> <p>Elaboração de Plano de Parto</p> <p>Adesão à mobilidade e deambulação durante a indução do trabalho de parto</p> <p>Pretende livre posicionamento ou posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto</p>

Apêndice VI

Guião de interação a parturientes que recorreram ou se encontravam no Bloco
de Partos

Guião Orientador da Narrativa Estágio com Relatório	
Objetivo	Refletir sobre de que forma a diversidade cultural das mulheres influencia a mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto
Local	Bloco de Partos HFF
Intervenientes	Parturientes do Bloco de Partos do HFF
Evento	1º Estádio do Trabalho de Parto
Dados Relevantes	<p>Dados da Grávida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Nacionalidade • Residência • Profissão • Índice Obstétrico • Idade Gestacional <p>Frequência de Curso de Preparação para a Parentalidade</p> <p>Elaboração de Plano de Parto</p> <p>Experiências anteriores</p> <p>Conhecimento sobre mobilidade/posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto</p> <p>Adesão livre posicionamento ou posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto (que impliquem mobilidade da pélvis)</p> <p>Analgesia epidural</p> <p>Dados do parto</p>

Apêndice VII

Guião orientador da narrativa nas puérperas internadas durante o EC II

Guião Orientador da Narrativa EC II	
Objetivo	Refletir sobre de que forma a diversidade cultural das mulheres influência a mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto
Local	Serviço de Internamento de Puérperas do HFF
Intervenientes	Puérperas
Evento	
Dados Relevantes	<p>Dados da puérpera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Nacionalidade • Residência • Profissão • Índice Obstétrico • Idade Gestacional <p>Frequência de Curso de Preparação para a Parentalidade</p> <p>Experiências anteriores</p> <p>Adesão ao livre posicionamento ou posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto (que impliquem mobilidade da pélvis)</p> <p>Intervenções do EEESMO</p> <p>Dados do Parto</p>

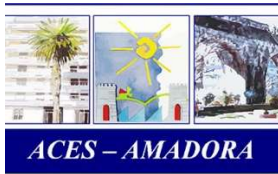
Apêndice VIII

Guião orientador da narrativa nas puérperas na consulta de revisão pós-parto
na UCSP

Guião Orientador da Narrativa EC III	
Objetivo	Refletir sobre de que forma a diversidade cultural das mulheres influencia a mobilidade da pélvis durante o primeiro estágio do trabalho de parto
Local	Cuidados de Saúde na Comunidade - UCSP Amadora
Intervenientes	Puérperas que recorrem à Consulta de Enfermagem da UCSP da Amadora
Evento	Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar (consulta de revisão pós-parto)
Dados Relevantes	<p>Dados da Puérpera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Nacionalidade • Residência • Profissão • Índice Obstétrico • Idade Gestacional <p>Frequência de Curso de Preparação para a Parentalidade</p> <p>Experiências anteriores</p> <p>Adesão à mobilidade e deambulação durante o primeiro estágio do trabalho de parto</p> <p>Intervenções do EEESMO</p> <p>Dados do parto</p>

Apêndice IX

Plano de parto (Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia)



Plano de Parto

O plano de parto é um documento escrito pela grávida e pessoa significativa, e deve refletir os seus desejos e expectativas para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Este documento deve servir de guia para os profissionais de saúde que cuidam da grávida no Bloco de Partos e deve ser elaborado com o auxílio de um profissional que oriente o casal para as melhores práticas ou durante a frequência do Curso de Preparação para a Parentalidade.

Recomenda-se à grávida/casal que visitem o hospital de referência para conhecer as opções que têm ao seu dispor e tomar uma decisão baseada num conhecimento prévio.

É fundamental entender que o parto não é um acontecimento previsível, pelo que poderá ser necessário adaptar o plano de parto em conformidade com a evolução do mesmo.

É de realçar que todas as expectativas e planos de parto estão sujeitos a uma avaliação clínica e pode ser necessária a realização de algumas técnicas com vista o bem-estar materno e fetal, nomeadamente (indução do trabalho de parto, rutura artificial da bolsa amniótica, administração de ocitocina, monitorização fetal contínua, impossibilidade de levante, recurso a ventosa/fórceps, episiotomia ou avanço para cesariana).

O plano de parto deve acompanhar a grávida durante todo o trabalho de parto.



Plano de Parto

Nome Completo: _____ Idade: _____

Acompanhante/Pessoa significativa: _____ Idade: _____

Local de vigilância da gravidez _____ Data provável do parto: _____

Partos anteriores: _____ Tipo de Parto: _____

Procedimentos durante a admissão:	
Administração de microclister	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tricotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ambiente e acompanhante durante o trabalho de parto e parto:	
A pessoa que quero que me acompanhe durante o parto é:	
Uso de roupa pessoal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Música	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Luz suave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máximo silêncio possível	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número limitado de pessoas na sala de partos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimentos durante o Trabalho de Parto:	
Colocação de acesso venoso só quando for mesmo necessário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ingestão de líquidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Liberdade de movimento (caminhar, utilização da bola de partos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de duche	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações vaginais limitadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ruptura artificial de bolsa amniótica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de ocitocina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Avaliação do Bem-Estar fetal:	
Monitorização externa intermitente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Monitorização externa contínua	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Auscultação com doppler	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Métodos para alívio da dor:	
Métodos não farmacológicos (massagens, bola, água, frio/calor)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Métodos farmacológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Analgesia epidural	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação sobre a influência do uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos na amamentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimentos durante o Período Expulsivo:	
Posição ginecológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Iniciar esforços expulsivos só quando tiver vontade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Toque da cabeça do bebé assim que começar a coroar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Episiotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nascimento do bebé:	
Corte do cordão umbilical quando deixar de pulsar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Corte do cordão umbilical pela mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento do bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiros cuidados ao bebé prestados perto da mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Início do aleitamento materno na primeira meia hora de vida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Promoção de tempo sós: mãe/acompanhante/bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estadia no hospital:	
Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentação em horário livre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação de todos os cuidados prestados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença da mãe em todos os procedimentos realizados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiro banho do bebé dado pela mãe/companheiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Para além dos itens assinalados gostaria ainda: _____

Assinatura: _____

Assinatura EESMO: _____